

FRÈRES ET SŒURS FACE A LA MALADIE MENTALE

THÈSE

présentée

à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

et soutenue publiquement le 27 Janvier 1967

pour obtenir

le grade de Docteur en Médecine

par

Chantal MARTINANT de PRÉNEUF

Interne des Hôpitaux de Lyon

née le 8 Mai 1940, à Bourg (Ain)

FRÈRES ET SŒURS
FACE
A LA MALADIE MENTALE

THÈSE

présentée

à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

et soutenue publiquement le 27 Janvier 1967

pour obtenir

le grade de Docteur en Médecine

par

Chantal MARTINANT de PRÉNEUF

Interne des Hôpitaux de Lyon

née le 8 Mai 1940, à Bourg (Ain)

Digitized by the Internet Archive
in 2026



https://archive.org/details/IA41552601_0003

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires: M.J. LEPINE - Membre de l'Institut
M.H. HERMANN - Correspondant de l'Institut

Doyen: M. J.F. CIER

Assesseurs: M. M. LEVRAT
M. J. DORCHE

Conseiller Administratif : M. H. PRUVOST

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL - LEPINE - TRILLAT - GARIN - GATE - MARTIN - GABRIELLE - SANTY-
DUCLOS - GUILLEMINET - HERMANN - ROCHET - POLLOSSON - ENSELME-
WERTHEIMER - SARROUY -

PROFESSEURS

MM. J. CIBERT	Clinique Urologique
P. PONTIUS (détaché à Beyrouth)	Physique Biologique
M. CHAMBON	Chimie Organique et Toxicologie
F. PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
R. FROMENT	Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires
P. CROIZAT	Clinique médicale C
P. MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
L. REVOL	Pharmacie galénique
H. PIGEAUD	Clinique obstétricale
J. BOURRET	Médecine du travail
M. LEVRAT	Clinique médicale A
R. SOHIER	Bactériologie
G. NETIEN	Botanique et cryptogamie
P. BERTRAND	Clinique chirurgicale C
A. BADINARD	Chimie analytique et pharmaceutique
B. DREVON	Pharmacie clinique et pharmacologie
L. ROCHE	Médecine légale et Déontologie
J. COUDEMET	Parasitologie et Pathologie exotique
P. MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie et d'Audio-
L. PAUPIQUE	Clinique Ophtalmologique (phonologie)
H. THIESS	Clinique de Dermatologie, Syphiligraphie et Allergologie
J. BRUN	Clinique de Pneumophtisiologie
J. CREYSSEL	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
M. DARGENT	Clinique carcinologique
M. BERGER (1)	Physique nucléaire appliquée à la médecine
A. GUICHARD	Anatomie pathologique
P. GIRARD	Pathologie générale et expérimentale
M. GIRARD	Clinique médicale D

MM. M. LATARJET	Anatomie
R. PEYCELON	Clinique chirurgicale B
A. VACHON	Pathologie médicale
P. GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
J. PAPILLON	Radiologie
M. JEUNE	Clinique médicale infantile & Hygiène du 1 ^{er} âge
A. GONIN	Thérapeutique
P. MONNET	Clinique médicale infantile B
J. CHATONNET	Physiologie B
P. GUINET	Clinique endocrinologique
H. COLLET (1)	Chimie générale et pharmaceutique
A. TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
Ch. FREIDEL	Clinique stomatologique
J. MARION	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
J. DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
L. MANSUY (1)	Neurochirurgie
L. REVOL (1)	Hématologie
J. LECUIRE (1)	Neurochirurgie
H. LIARAS (1)	Clinique chirurgicale propédeutique
L. PERROT	Chimie
J.F. CIER	Physiologie A
J. PERRIN	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
P. GOINARD (1)	Clinique thérapeutique chirurgicale et chirurgie expérimentale
P. MICHAUD	Clinique de chirurgie cardiaque
M. PONT (1)	Médecine générale
J. TRAEGER (1)	pathologie métabolique et rénale
J. MATHIEU	Clinique gynécologique
G. FAUCON	Biologie médicale et Pharmacodynamie
A. BERTOYE	Clinique des maladies infectieuses
G. VIGNON	Hydrologie thérapeutique, climatologie et Ecologie sociale
D. VINCENT	Biochimie appliquée
A. CIER	Pharmacodynamie
L. COLOBERT	Chimie biologique et médicale
X...	Pathologie chirurgicale
X...	Clinique Neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale
X...	Physiologie et Pathologie obstétricales
X...	Hygiène et action sanitaire et sociale
(1) Professeurs à titre personnel	

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique
ODDOUX	Botanique et cryptogamie
de SOLLIERS	Chimie analytique
DESPIERRES	Médecine générale
GARIN	Parasitologie
TOLOT	Médecine du travail

MM. THIVOLET	Hygiène
MALLEIN	Chimie analytique
PINET	Electro-radiologie
COLOMB	Dermatologie

MAITRES DE CONFERENCE AGREGES TITULAIRES

MM. CREYSSSEL R.	Chimie biologique
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIN	Physique biologique
TOMMASI	Anatomie pathologique
BUFFARD	Electro-radiologie
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
de MOURGUES Fr.	Stomatologie
MAUSSAC	Maladies infectieuses
REBOUILLAT	Chirurgie générale
ROMAGNY	Pédiatrie
DELAHAYE	Médecine générale
DELEUZE	Anesthésiologie
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie
FRANCOIS	Pédiatrie et puericulture
MICHOULIER	Chirurgie générale
LAMBERT	Médecine générale
FRIES	Médecine générale
GILLY	Pédiatrie
ROBERT	Médecine générale
BOUCHET	Anatomie
BETHNOD	Pédiatrie
GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
KALB	Pneumo-phtisiologie
LARBRE	Pédiatrie
SOUSTELLE	Chirurgie générale
VIALA	Médecine générale
VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie
GIROD	Histologie et embryologie
GRAS	Chimie biologique
COLIN	Médecine légale
BERTRAND	Chimie biologique
MARET	Chirurgie générale
VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie
CHOLLAT	Electro-radiologie
FLEURETTE	Bactériologie
FLANDROIS	Physiologie
MOREL	Hématologie
TERMET	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FREDERICH	Pharmacologie
DAUDET	Chirurgie infantile
BRUNE	Médecine générale et thérapeutique
LOMBARD-PLATET	Chirurgie générale
BOUVIER	Rhumatologie

MM. FREYCON	Pédiatrie
LAPRAS	Neuro-chirurgie
PELLET	Physiologie
DUQUESNEL	Electroradiologie
DEJOUR	Orthopédie et traumatologie
MOULIN	Dermato-vénérologie
PERRIN-FAYOLLE	Pneumo-phtisiologie
PALIARD	Médecine générale et thérapeutique
MORGON	O.R.L.
PAUPERT-RAVAULT M.	Ophthalmologie
MOTIN	Anesthésiologie
PASQUIER	Médecine générale et thérapeutique
VAUZELLE	Anatomie pathologique
CZYBA	Histologie et Embryologie
CABANAC	Physiologie
TOURAINÉ	Pneumo-phtisiologie
BEL	Médecine générale et thérapeutique
CHARVET	Gynécologie obstétrique
MAYER	Cancérologie
SISTERON	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRAILLON	Anatomie et chirurgie générale
VILLIERS	Chirurgie générale
LOUISOT	Chimie biologique
COURJON	Neuro-psychiatrie

MAITRES DE CONFERENCE AGREGES STAGIAIRES

MM. FAVRE-GILLY	Hématologie
RIFFAT	Hygiène
ROLLET	Pharmacie galénique
BIZOLLON	Physique

AGREGES EN EXERCICE

MM. BOUALOUÉ	Ophthalmologie
FRANCILLON	Chirurgie générale
NOTTER	Gynécologie obstétrique
de MOURGUES G.	Chirurgie générale
DUMONT	Obstétrique
SCHOTT	Neuro-psychiatrie
DEVIC	Médecine générale
SAUBIER	Chirurgie générale
DURAND	Urologie
HUGO NIER	Ophthalmologie
ALLEGRE	Neuro-chirurgie
GARDE	Médecine générale
FAYSSE	Orthopédie
GAILLARD	O.R.L.
PERRIN André	Médecine générale
NORMAND	Médecine générale
MOUNIER-KUHN Alain	Chirurgie générale
MORNEX	Médecine générale
CHASSARD	Electro-radiologie
GARNIER	Obstétrique

MM. DUMAS
SCHNEPP
NOEL

Stomatologie
Orthopédie
Médecine générale

Examineurs de la Thèse:

Président : Monsieur le Professeur P. GIRARD

Assesseurs : Monsieur le Professeur LECUIRE

Monsieur le Professeur Agrégé GUYOTAT

Monsieur le Professeur Agrégé SCOTT

III. DULAS
SCINEPP
NOEL

Stomatologie
Orthopédie
Médecine générale

Examineurs de la Thèse:

Président : Monsieur le Professeur P. GIRARD

Assesseurs : Monsieur le Professeur LECUILE

Monsieur le Professeur Agrégé GUYOTAT

Monsieur le Professeur Agrégé SCOTT

A MES PARENTS

A MES FRERES ET SOEURS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL GIRARD,

que je remercie d'avoir bien voulu accepter la présidence de mon jury.

Mon vif regret de ne pouvoir être son interne n'est que le corollaire de sa haute renommée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECUIRE.

Je le remercie de la bonté de son accueil dans le sanctuaire des neurochirurgiens, dont me fascinent la culture, l'audace, l'adresse et l'ardeur martiale à soigner.

Je suis très heureuse qu'il ait aussi accepté d'être mon juge.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUYOTAT.

Qu'il me permette de lui exprimer, sans les engluier de périphrases, ma profonde admiration et ma gratitude.

Ce travail ne lui doit que ce qu'il a de solide ; il m'en a proposé le thème et m'a aidé considérablement à le réaliser.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE SCHOTT.

Il est peu d'obscurités neurologiques que ne sache dissiper sa perspicacité d'oedipe !

Je le remercie vivement d'avoir accepté de juger cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE PLAUCHU, a qui je voudrais ~~e~~xprimer beaucoup,
en un simple Merci "fidèle et non jaloux".

externat :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERTRAND
A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUNIER-KUHN
A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE J. GAILLARD
A MONSIEUR LE PROFESSEUR TRAEGER
A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAGNIN
A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE NOTTER

internat :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE KALB
A MONSIEUR LE DOYEN SARROUY
A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHE
A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUYOTAT (deux semestres)
A MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME.

Sans oser troubler sa retraite pour solliciter son jugement, je
tiens à le remercier très respectueusement, ici, de m'avoir donné
un irremplaçable "coup d'envoi" dans la psychiatrie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE SCHOTT
A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUPERE, dont j'admire le solide sens clinique, la
prudence thérapeutique et le libéralisme de maître.
Je le remercie de m'avoir facilité ce travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROMAGNY
A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECUIRE
A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE LAPRAS

A mes conférenciers d'Externat et d'Internat,

Messieurs les docteurs Appeau, Bernex,

Delore, Mikaeloff,

Vedrine.

A ceux de mes aînés dont j'ai pu apprécier l'enseignement dans
les divers services hospitaliers.

A mes camarades Externes et Internes des Hôpitaux de Lyon et du
Vinatier.

A bien des auxiliaires médicaux.

A ceux qui m'ont aidé à faire ce travail.

FRERES ET SOEURS FACE A LA MALADIE MENTALE

"Les frères ayants à conduire le progres de leur advancement en mesme sentier et mesme train, il est force qu'ils se heurtent et chocquent souvent.

D'avantage, la correspondance et relation qui engendre ces vrayes et parfaictes amitiéz pourquoi se trouvera elle en ceulx cy ?

(Montaigne)

INTRODUCTION

Il est rare qu'un clinicien propose à ses lecteurs le résultat de patientes observations sur un mode ludique. C'est pourtant à un jeu psychologique que nous invite Walter Toman dans son dernier livre intitulé : "Family Constellation". (52)

A ce jeu, nous nous sommes laissé prendre, pour essayer d'éclairer - de cette optique originale - le réseau complexe des relations psychologiques que l'on trouve comme autant de possibilités étiologiques dans la genèse des maladies mentales.

Or, très vite, nous avons constaté que chez les malades de services psychiatriques, ce n'est qu'au prix de constructions arbitraires et souvent abusives, que nous parvenions à retrouver, parfois, les hypothèses de Toman. Nous avons cherché à saisir la raison de ces discordances ; et cela nous a conduit à envisager le lien qui peut exister entre la personnalité du client d'un hôpital français et sa position tant réelle que "fonctionnelle" parmi ses frères et soeurs.

Nous nous bornerons à exposer ici les prémices d'un travail qui exigerait pour être solidement élaboré, l'étude systématique d'un nombre considérable de fratries incluant un ou plusieurs malades ; un fondement sociologique très précis et l'indispensable épreuve de la controverse.

1/ Le jeu Psychologique de Toman se propose d'étudier comment les caractères psychologiques d'un individu, et, partant, son devenir, sont - pour une part importante - déterminés par sa place au sein d'une constellation familiale.

a) De très nombreux facteurs entrent en jeu :

- dans la fratrie du sujet, ce sont :
 - . l'alternance des sexes
 - . les différences d'âges
 - . la place précise du sujet
 - . les deuils
- chez les parents de ce sujet comptent
 - . pour chacun individuellement, les facteurs précités
 - . pour le couple,
 - . la correspondance entre les deux fratries auxquelles ils appartiennent
 - . la correspondance entre chacune de leurs fratries et celle de leurs enfants.

b) Quelques constatations servent de pivot au travail de l'auteur :

- une fratrie hétérosexuelle facilite l'adaptation de ses éléments à la vie sociale et surtout conjugale.
 - une fratrie homosexuelle la complique donc, et c'est ainsi qu'un couple constitué de deux conjoints qui n'ont chacun que des collatéraux de leur sexe serait, de ce fait même, dans une situation très conflictuelle
 - les aînés ont une tendance dominatrice et active, un goût certain des responsabilités.
 - les cadets, beaucoup plus passifs, acceptent une domination qu'ils recherchent, et ont un intense besoin de gratifications.
 - les couples optimums sont constitués par deux individus qui occupent au sein de leur fratrie des positions diamétralement opposés.
- c) ces données permettent de prévoir ce qu'entraîneront les principales combinaisons fraternelles :

- le frère aîné de frère(s) est un travailleur énergique et un organisateur, excellent "meneur d'hommes" il n'accepte de maître que

fantoches et qui lui laisse la conduite du travail. Les femmes - qui ne l'intéressent guère - lui sont des "petits frères" face auxquelles il est plus bourru que galant, quoique gêné par la timidité. S'il a des fils, il en sera comblé. Quant à ses divers engagements, ils reflètent son goût de la discipline et son sentiment justifié d'être un chef-né.

- le frère cadet de frère(s) a tiré l'un des plus mauvais numéros ! capricieux, craintif, irrégulier, il a besoin d'être dominé et le souhaite ; dilettante et mal organisé dans son travail, il aime les emplois changeants, artistiques ou originaux. Moins méprisant que son aîné face aux femmes, il s'y adapte tout aussi mal : cynique, s'il ne devient un cavalier soumis et trop innocent. Souhaitons qu'il n'épouse pas une cadette de famille de filles, mais l'aînée de quelques jeunes frères qui saura mener mari et enfants d'une même main maternelle.

- le frère aîné de fille(s) est lui le mieux partagé ; aussi positif qu'un aîné de garçons, il est plus tempéré que lui, plus sociable ; il souhaite vivre et laisse vivre ses subalternes ; admirablement préparé à la vie conjugale, il pourra être excellent père et époux ; il peut avec la dernière-née d'une famille de garçons réaliser le couple idéal.

- le benjamin d'une famille de filles est adoré des femmes qu'il recherche, et qui se doivent de voir en lui ce petit génie qu'il pense être ; guère plus actif qu'un cadet de garçons, il est moins instable et a même une gaîté tendre et aimable vis à vis de tous ; il s'acquitte bien d'un travail, s'il lui plait et ne l'accapare pas trop. Il cherchera une épouse maternelle et risque fort d'être jaloux de ses enfants. Souple et soigneux, il peut exceller dans de multiples domaines grâce à ses dons. Ce n'est pas un révolutionnaire, mais un individu conventionnel ou sceptique.

- la fille aînée de filles est plus capable et efficace que sympathique : dominatrice, elle n'accepte de maîtres que masculins et répondant à un type bien précis. Elle s'intéresse plus aux personnes qu'aux choses et aura intérêt à épouser un dernier de famille, si possible traumatisé par la vie, et qu'elle pourra consoler avant que des enfants ne viennent lui permettre d'exercer une maternité un peu pesante.

- la plus jeune d'une famille de filles est fantasque, aventureuse et changeante; très féminine elle séduit pour être dominée. Elle souhaite un riche époux, une vie facile et peu d'enfants ; car tout dans sa vie traduit ses aspirations d'enfant gâtée et charmeuse.

- la soeur aînée de garçons est capable, comme une aînée de filles, mais plus souple, apte à mener les hommes sans chercher à les castrer, elle fera un ménage excellent avec un cadet de filles qu'elle inclura sans peine au sein de la nombreuse famille qu'elle souhaite en avoir. Elle peut mener de front sa famille et de multiples activités professionnelles ou autres.

- la benjamine d'une famille de garçons est une femme charmante et charmeuse qui cherche protection dans sa vie privée comme dans son travail. Employée modèle, bonne épouse si son conjoint est assez viril, elle met, en tout, cette grâce et cette fantaisie qui la caractérisent.

Après cette revue, Toman envisage :

- les enfants en position intermédiaire qui combinent les facteurs précités en un éventail infini de possibilités. L'alternance régulière des sexes, un aîné masculin, réalisent -selon lui- l'optimum.

- l'enfant unique est marqué avant tout par le fait qu'il est l'unique en tout. Ses rapports avec ses parents, les constitutions de leurs fratries respectives sont ici capitales.

- Quant aux jumeaux ils ont un constant besoin de Parité.

d) les rapports parent-enfants peuvent être envisagés en fonction de leurs fratries respectives et il faut signaler que :

- l'identification d'un enfant au parent de son sexe est d'autant plus aisée que tous deux occupent une position familiale voisine.

- par contre l'enfant trop semblable à son parent sur ce plan ne pourra pas en apprendre ce qui lui manque.

Combinant les différentes positions des conjoints et de leurs enfants en 64 relations type, Toman étudie l'importance ascendante et descendante des constellations ainsi réalisées.

e) les deuils peuvent jouer un rôle capital, plus ils sont précoces, plus graves ils sont ; sauf si se reconstitue une famille remplaçant le parent défunt (par exemple par un enfant aîné de son sexe) ce qui sécurisera les derniers, mais situera dans une position ambiguë l'aîné en question.

f) après quelques exemples et des idées de formulation mathématique l'auteur insiste sur la relativité de ses constatations et conseille, très aimablement, au lecteur de ne pas briser sa vie pour se soumettre à ses hypothèses.

2/ Connaissant la composition des fratries de malades névrotiques et psychotiques, et celle de leurs ascendants, descendants et conjoints ; nous avons essayé, face à plusieurs de ces schémas généalogiques, de faire l'étude parallèle de la personnalité théorique des membres de chaque famille et plus particulièrement du malade considéré, en appliquant la méthode de Toman, et celle de leur personnalité réelle telle que des entretiens plus ou moins longs et répétés et l'observation en milieu hospitalier nous permettaient de la connaître. Et nous avons été assez déçus par les résultats des confrontations entre ces deux points de vue, et l'impossibilité dans la plupart des cas de trouver non pas même une convergence, mais une simple corrélation entre eux. Et ceci pouvait être retrouvé - en dehors des familles pathologiques - si l'on essayait de refaire l'étude rapide, avec la méthode de Toman de telle ou telle famille rencontrée.

C'est alors qu'il nous a fallu faire une brève et livresque digression dans l'étude sociologique de la famille.

I - PROBLEMES DE SOCIOLOGIE FAMILIALE - STRUCTURES DE FRATRIES

=====

Lorsqu'en un fort volume, il envisage les "structures élémentaires de parenté", (33) Levi-Strauss nous fait aisément saisir - à travers la multitude des systèmes familiaux - l'extrême variabilité de la notion de fratrie ; celle-ci, souligne le Professeur Michéa, peut d'ailleurs recouper les familles chez les primitifs, qui qualifient de frères et soeurs, tous les individus de même classe d'âge, au sein d'une société organisée. Cette notion peut être beaucoup moins extensive dans d'autres sociétés primitives ; mais les liens contractés par l'individu avec les fratries de son père ou de sa mère et leurs descendants sont évidemment différents selon qu'il s'agit de systèmes de parenté patrilineaires ou matrilineaires (qui sont les plus fréquents dans les peuplades archaïques) ou de systèmes bilinéaires.

Ces institutions impliquent, à travers une réglementation variable des relations affectives et sexuelles, des rapports d'autorité et de transmission, des solidarités obligatoires et des marchés de groupe, une multitude de physionomies des liens psychologiques familiaux.

Il est arrivé que la notion de fratrie atteigne une importance considérable et c'est ce que montre par exemple J. N. Lambert (31) dans son étude des sociétés pré-islamiques basées sur le système communautaire bien délimité et très hiérarchisé du patriarcat dans lequel l'autorité qui règne sur la Grande famille se transmet d'aîné à puîné, cependant qu'une solidarité sexuelle très poussée unit les collatéraux.

Et nous pourrions retrouver, au hasard des observations contemporaines, au sein d'une même société régie par une législation unique, des familles reproduisant tel ou tel mode relationnel établi dans certaines contrées de façon institutionnelle.

Ces quelques données nous ont conduit à rechercher les caractéristiques essentielles de ces familles qui, au plein coeur du XXe siècle, semblent, de part et d'autre de l'Atlantique, marquer de façon assez différente ceux qui les constituent.

L'étude fondamentale qui fut l'objet des colloques internationaux du C.N.R.S. (50) en 1955 nous livre - fruit des études et des confrontations d'une équipe de spécialistes des divers pays - un panorama presque synoptique de la famille contemporaine en Europe. Nous apprenons ainsi qu'on constate en Allemagne une cohésion accrue d'une famille dont les membres, souvent surmenés et insuffisamment logés, restent socialement isolés ; qu'en Grande Bretagne, parallèlement à un nivellement progressif entre classes sociales, s'instaure de manière extrêmement nette une égalité entre époux ; qu'en Italie, demeure une tendance aux regroupements familiaux très particulièrement chez les ruraux qui pour fuir l'éparpillement n'hésitent pas à demeurer loin de leur travail ; mais que les différences régionales sont considérables et qu'enfin l'émigration des jeunes-hommes est un phénomène massif et de grande importance.

En France persistent de nettes différences selon les classes sociales :

chez les ruraux il est de moins en moins de familles prolongées par cohabitation avec les collatéraux, mais les couples avec leurs enfants tendent à se séparer, quitte à se regrouper avec d'autres pour l'exploitation collective.

La bourgeoisie évolue vers l'intériorisation et la redécouverte de valeurs profondes qui maintiennent souvent sa cohésion, alors même que les traditions perdent leur vigueur.

Par contre, la famille ouvrière paraît de plus en plus disloquée.

Si importantes que soient ces différences, il est frappant de découvrir le Tableau de la famille américaine que peint Sirjamaki(48) et qu'il explique par les origines et l'histoire bien particulière des habitants des Etats-Unis.

Il s'agit de familles beaucoup plus repliées sur elles-mêmes et plus petites que les familles européennes, où les enfants sont rois, petits adultes protégés, mais aussi, vite reconnus responsables, dans lesquelles l'arrivée d'un nouvel enfant pose toujours de gros problèmes. Les rivalités fraternelles y sont sérieuses et le sexe, le rang dans la fratrie, en bref, la constellation familiale y jouent un grand rôle.

L'enfant unique est lui aussi un "problème", hyperprotégé, trop facilement excusé ou aussi poussé de manière excessive sur tous les plans et considéré très vite comme un adulte.

L'aîné est élevé d'une manière très stricte, on le considère rapidement comme responsable de lui-même et de ses cadets, alors que ceux-ci le surclassent dans les préoccupations de leurs parents.

A l'opposé, les derniers sont très sécurisés et maintenus longtemps enfants et sans souci.

Cependant les divorces, le travail de la mère, les remariages réalisent une autre caractéristique de ces familles et peuvent - quelle que soit la situation des enfants - entraîner leur indépendance précoce dont les conséquences peuvent être bonnes ou mauvaises selon les cas.

o

• •

Le nombre considérable d'ouvrages de sociologues, psychologues et médecins américains traitant de l'influence de la composition de la fratrie d'un individu sur son devenir psychologique, contraste avec la relative rareté des travaux européens à ce sujet et ceci ne semble pas seulement le fruit d'un intérêt accru pour les problèmes familiaux de la part de nos contemporains d'Outre Atlantique mais paraît refléter une réelle différence de l'importance, et surtout de la position, du problème entre nos deux groupes culturels.

o

o •

Dans notre pays, la relation parents-enfants pourrait être qualifiée de verticale : il existe un réseau de relations individuelles entre chaque enfant et le couple parental, marquées à des degrés divers d'une

forte dépendance ; par ailleurs, l'enfant est très tôt en contact avec d'autres enfants que ses frères et soeurs.

Dans la famille américaine, cette relation verticale aux parents est beaucoup moins marquée ; parents et enfants s'inscrivent sur un même niveau horizontal : l'autorité et les responsabilités sont exercées par les parents vis à vis de l'aîné puis par celui-ci à l'égard de son puîné et ainsi de suite (ceci étant exposé de façon schématique). Le pôle que nous considérons en France comme paternel semble au fond réservé au membre plus âgé de la famille qui le remplit vis à vis de son cadet immédiat essentiellement. Ce pôle autoritaire paraît d'autant plus diffus que le père hésite beaucoup à l'assumer, se retranchant aisément derrière une bienveillance complaisante, partageant avec la mère une tendre sollicitude pour les derniers-nés et réservant à ses aînés une relation de camaraderie et presque de "co-paternité" ; et ceci explique bien le caractère déterminé, dominateur, et assez rigide que Toman relève chez les aînés, et l'immaturité, la versatilité, la passivité -souvent aimable- des cadets.

Par ailleurs, le caractère fermé de ces familles permet peu de relations extra-familiales à l'enfant qui ne connaît de pairs (et nous avons même vu plus haut qu'il ne s'agit pas réellement de pairs) que parmi ses frères et soeurs ; on admet aisément que - dans ces conditions - le jeune-homme qui n'a que des frères et la jeune-fille qui n'a que des soeurs puissent rencontrer de sérieuses difficultés pour s'adapter à un partenaire de sexe opposé, d'autant plus que les images parentales ont pu être assez brumeuses.

Et quand, pour le citer parmi bien d'autres, le Britannique Flügel pose le principe que "la relation filio-parentale est la base et le prototype de toute aristocratie, la relation entre frères et soeurs la forme primitive de la démocratie" (16), il semble aisé d'appliquer la réciproque de cette formule à la famille européenne ; mais la famille américaine s'en écarte beaucoup, dont la structure, implicitement fratriarcale, ne réalise ni une démocratie fraternelle, ni une monarchie parternelle, mais un nivellement des générations et une hiérarchie des égaux.

II - PLACE DU MALADE DANS SA FRATRIE

=====

1 - Survol Statistique Général

C'est aux chiffres que nous demanderons, d'abord, de nous suggérer quelques pistes, à la recherche d'une éventuelle intervention de la composition d'une fratrie sur la morbidité psychiatrique de ceux qui le constituent.

Nous exposerons quelques données statistiques publiées dans différents ouvrages médico-psychologiques, avant de rendre compte des chiffres obtenus dans un secteur hospitalier lyonnais.

1/ Nous emprunterons à Bastide la synthèse qu'il nous fournit des principaux travaux américains à ce sujet (3).

Wahl a noté que la schizophrénie prédomine chez les cadets.

Schooler, chez les femmes schizophrènes, fait des constatations analogues, mais signale que la forme catatonique domine largement la forme paranoïde chez les plus jeunes.

Sanua relève la même prédominance chez les derniers et fils uniques, et l'explique "par l'affection dominatrice de la mère sur le fils unique ou le dernier, qui inhibe son développement normal".

Malzberg a repris un travail analogue, mais avec le concours d'une étude mathématique très fouillée "Parti de l'affirmation courante que le premier-né était plus perméable aux maladies mentales que ceux qui viennent après lui" il a eu l'impression que "beaucoup de ces premiers-nés sont des faibles d'esprit et non des psychotiques" et a conclu à "la supériorité des aînés sur les cadets pour la santé mentale".

Alors que cet auteur signale la fréquence de la débilité mentale chez les aînés, Nichols trouve une nette supériorité intellectuelle des aînés sur les cadets.

2/ En France, nous disposons principalement de trois ordres de travaux :

- a - C'est sur le rang dans leur fratrie de malades atteints d'affections somatiques que portent les recherches suscitées par le Pr Bourguignon :

J. Buron, (6) parmi les 259 malades chroniques hospitalisés à l'hôpital A. Chenevier à Créteil, signale que la proportion de derniers-nés est bien supérieure à la fréquence théorique des cadets : 57 % de ces malades sont des benjamins ou enfants uniques.

P. Rouillet (46) comparant des échantillons de malades aigus et chroniques trouve une même prédominance. Bien que leurs études concernent les malades les plus divers, les auteurs attribuent une telle répartition à l'intervention de facteurs psychologiques originaux et entr'autres à la prévalence de l'un des parents.

- b - G. Mauco et P. Rambaud (34) ont trouvé parmi 200 enfants consultant pour troubles affectifs et caractériels :

- . 33 % d'enfants uniques
- . 27 % d'aînés
- . 20 % d'intermédiaires
- . 19 % de benjamins

Ils expliquent la forte proportion des enfants uniques par différents facteurs et particulièrement la grande captativité des mères à leur endroit, et celle des aînés par les difficultés dues au droit d'aînesse, aux conflits oedipiens et aux rivalités fraternelles, mais retrouvent leur nette supériorité intellectuelle et motrice.

Ils pensent que "tout se passe comme si l'extension de la famille rendait plus facile aux enfants leur évolution affective et caractérielle, ou comme si l'enfant unique et l'aîné étaient l'objet d'une attention plus forte des parents et plus lourde à supporter pour l'enfant".

Mais ces chiffres concernent tous les enfants amenés par leurs parents et il se peut que ceux-ci consultent plus facilement pour leurs aînés que pour les cadets.

- c - J. Descombey et G. Roquebrune (12) ont fait une étude très détaillée à partir des 685 enfants consultant le Pr H. Wallon pour troubles du caractère et du comportement et exempts de débilité et de signe neurologique.

Ils dégagent entr¹autres données, les faits suivants :

- l'aîné des familles de deux et trois serait défavorisé par rapport à ses frères et soeurs,

- en ce qui concerne l'alternance des sexes, un garçon s'entend mieux avec une petite soeur qu'avec un petit frère ; mais à l'inverse, son accord est meilleur avec un frère aîné qu'avec une soeur plus âgée.

- en ce qui concerne l'écart d'âge entre collatéraux consécutifs, il semble exister un écart critique qui serait en moyenne plus élevé entre un aîné consultant et son puiné qu'entre un cadet consultant et celui qui le précède. Cet écart d'âge critique est plus particulièrement susceptible de provoquer des difficultés entre frères et soeurs.

Les auteurs notent par ailleurs l'importance capitale de l'attitude des parents à l'égard de chacun de leurs enfants qui peut être gênée :

- par certaines traditions auxquelles ils obéissent plus ou moins consciemment,

- par la difficulté de traiter avec justice des enfants qui ont, du fait de leur âge, des besoins différents.

2 - Etude statistique du rang dans leur fratrie de
malades névrotiques et psychotiques des deux sexes
suivis dans deux services hospitaliers lyonnais

A - Population étudiée

Cette étude statistique porte sur un lot de malades hospitalisés et consultants

- à la clinique Neuropsychiatrique de l'Hôpital du Vinatier
- dans le service de Neuropsychiatrie infantile de l'Hôpital Neurologique

au cours du mois de février 1966 et des derniers mois précédents.

Parmi plus de 2000 malades seuls 412 ont pu être retenus comme correspondant à l'une des quatre catégories suivantes :

- Malades névrotiques de sexe masculin,
- Malades névrotiques de sexe féminin,
- Malades Psychotiques de sexe masculin,
- Malades Psychotiques de sexe féminin,

qui comprennent chacune une centaine de malades et dont l'homogénéité n'a pu être garantie que par l'exclusion systématique :

a) de tous les malades chez lesquels une étiologie organique avait pu être retrouvée et en particulier :

- les comitialités
- les encéphalites et les méningites
- les atrophies cérébrales
- les traumatismes craniens
- les affections endocriniennes
- les intoxications (éthyliques en particulier)

b) des oligophrènes

c) De tous les sujets considérés comme normaux avant l'apparition de processus contemporains d'une involution sénile.

d) de tous les cas-limite, chez l'enfant ; nous avons éliminé les troubles simples du comportement pour ne retenir que ceux qui étaient soutendus par de gros conflits affectifs et qui étaient justiciables d'une thérapie médico-pédagogique.

e) de tous les cas dans lesquels le diagnostic était incertain.

f) de tous les cas dans lesquels la constitution de la fratrie n'a pu être retrouvée que d'une manière incomplète et douteuse.

B - Problèmes méthodologiques

a) Information

Notre information a été recueillie systématiquement chez tous les malades appartenant aux catégories précitées et pour lesquels elle pouvait être obtenue :

- soit par interrogatoire direct
- soit par recherche dans son dossier

Nous avons fait préciser :

- la grandeur numérique de la fratrie
- l'alternance des sexes
- la position du malade

Plusieurs données arbitraires sont à préciser :

- on a considéré comme faisant partie de la fratrie d'un malade :
 - . les enfants décédés en bas âge ou mort-nés, qu'ils aient été ou non, connus par le sujet
 - . ses demi-frères et demi-sœurs, mais uniquement si les enfants des divers lits avaient cohabités habituellement
 - . les autres enfants légaux de ses parents adoptifs

- si dans une même fratrie, plusieurs individus étaient malades, on n'a tenu compte que de la maladie du sujet rencontré ; et si deux frères étaient hospitalisés dans un même service, chacun a été répertorié de façon indépendante.

b) Expression des résultats

Les résultats détaillés sont transcrits dans un certain nombre de tableaux indiquant :

- en coordonnée horizontale, des grandeurs numériques de fratries,
- en coordonnée verticale, des numéros d'ordre.

A chacune des cases ainsi délimitées correspond une position unique (2° de 4 ; 3° de 9...etc) et dans chacune d'elle est noté le nombre de malades occupant une telle position dans sa fratrie.

(De la même manière, a été relevée la position d'un malade parmi ses collatéraux de même sexe).

Au dessous de certains de ces tableaux, figure la table des fréquences théoriques correspondantes.

c) Etude mathématique des données expérimentales ;

Dans l'impossibilité de nous référer à des données concernant la population générale, car nous ne possédons pas de chiffres officiels récents d'une part, et que l'éventail d'âges de nos malades est trop vaste pour nous permettre de reprendre les anciens chiffres publiés, d'autre part, nous avons dû faire un calcul de fréquences théoriques, correspondant à ce que l'on observerait si tous les enfants d'une fratrie de dimension donnée avaient une même perméabilité à l'affection considérée (étant entendu que chaque fratrie comporte par principe un malade et un seul, ce que nous avons précisé au sujet de l'information).

C'est ainsi, par exemple, que parmi 27 fratries de 3 personnes, seraient malades :

- 9 aînés, 9 seconds et 9 troisièmes ou parmi 15 fratries de 5
- 3 aînés, 3 seconds, 3 troisièmes, 3 quatrièmes et 3 derniers,

Ou de manière plus générale :

Pour N fratries de x personnes, il y aurait en chaque position

$$\frac{N}{x} \text{ malades}$$

Ainsi, si parmi les fratries de x personnes on observe :

n_1 aînés, n_2 seconds, n_x cadets

de telle sorte que

$$n_1 + n_2 + \dots + n_x = N$$

l'hypothèse d'une répartition parfaitement régulière des malades voudrait que

$$n_1 = n_2 = \dots = n_x = \frac{N}{x}$$

Nous pouvons donc, pour chaque position comparer :

la fréquence expérimentale : $FE = n$

la fréquence théorique : $FT = \frac{N}{x}$

Plus souvent, nous grouperons ces fréquences en classes plus vastes d'observations et nous aurons alors à comparer :

des fréquences expérimentales telles que $FE = \sum n$

des fréquences théoriques telles que $FT = \sum \frac{N}{x}$

Nous utiliserons pour cela le test X^2 de Pearson tel que

$X^2 = \sum \frac{(FT - FE)^2}{FT}$ et nous prendrons comme limite $P = 0.05$, ce qui est habituel en biologie. Autrement dit, nous saurons par là avec moins de 5 % d'erreur si les différences entre les fréquences théoriques et les fréquences expérimentales sont le fait des hasards expérimentaux ou si la répartition obtenue est significative statistiquement.

C - la Place dans leur fratrie de 412 malades mentaux

est schématisée dans les 5 tableaux suivants :

(B = névrotiques de sexe masculin

(C = psychotiques de sexe masculin

A=ensemble des (D = névrotiques de sexe féminin

malades (E = psychotiques de sexe féminin

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Grandeur des fratries	
1	43	58	37	14	10	4	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	127	
2		36	19	17	13	4	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	92	
3			34	10	11	5	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	63	
4				18	7	6	3	2	0	0	0	1	1	0	0	0	38	
5					12	6	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	25	
6						2	1	1	0	2	0	0	1	0	0	0	7	
7							2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	
8								0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	
9									2	0	0	1	0	0	0	0	3	
10										1	0	1	0	0	0	0	2	
11											0	0	0	0	0	0		
12												0	0	0	0	0		
13													0	0	1	0	1	
14														0	1	0	1	
N° d'or- dre		94	90	59	53	27	11	9	6	4	3	3	2	0	2	1		
1		47	30	147	106	45	157	112	066	0.4	027	025	015		013	006	111,46	
2		47	30	147	106	45	157	112	066	0.4	027	025	015		013	006	111,46	
3			30	147	106	45	157	112	066	0.4	027	025	015		013	006	64,46	
4				147	106	45	157	112	066	0.4	027	025	015		013	006	34,46	
5					106	45	157	112	066	0.4	027	025	015		013	006	19,71	
6						45	157	112	066	0.4	027	025	015		013	006	9,11	
7							157	112	066	0.4	027	025	015		013	006	4,61	
8								112	066	0.4	027	025	015		013	006	3,04	
9									066	0.4	027	025	015		013	006	1,92	
10										0.4	027	025	015		013	006	1,26	
11											027	025	015		013	006	0,86	
12												025	015		013	006	0,59	
13													015		013	006	0,34	
14															013	006	0,19	
15																013	006	0,19
16																	006	0,06

105 névrotiques de sexe masculin .

E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Grandeur des fratries
1	4	16	8	4	5	1	0	0	0	0	34 Aînés
2		10	10	3	1	2	0	0	0	0	26
3			7	5	6	1	0	0	0	0	19
4				4	1	3	0	2	0	0	10
5					5	2	0	1	0	0	8
6						0	1	0	0	1	2
7							1	0	0	0	1
8								0	0	0	
9									1	0	1
10										0	
N° d'ordre		26	25	16	18	9	2	3	1	1	28 Derniers
1		13	8,3	4	3,6	1,5	0,28	0,37	0,11	0,10	31,27
2		13	8,3	4	3,6	1,5	0,28	0,37	0,11	0,1	31,27
3			8,3	4	3,6	1,5	0,28	0,37	0,11	0,1	18,27
4				4	3,6	1,5	0,28	0,37	0,11	0,1	9,97
5					3,6	1,5	0,28	0,37	0,11	0,1	5,97
6						1,5	0,28	0,37	0,11	0,1	2,37
7							0,28	0,37	0,11	0,1	0,87
8								0,37	0,11	0,1	0,59
9									0,11	0,1	0,22
10										0,1	0,10

FREQUENCES
THEORIQUES

105 psychotiques de sexe masculin .

Grandeur des
fratries

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	12	16	10	3	2	0	0	1	1	0	0
2		8	3	4	4	1	1	0	0	0	1
3			9	2	2	3	1	0	0	0	1
4				6	3	2	2	0	0	0	0
5					1	4	0	1	0	0	0
6						0	0	0	0	0	0
7							0	0	0	0	0
8								0	0	0	1
		24	22	15	12	10	4	2	1		3

33 Aînés

22

18

13

6

1

→ 24 Derniers

1	12	7,33	3,75	2,4	1,66	0,57	0,27	0,11		0,27	28,34
2	12	7,33	3,75	2,4	1,66	0,57	0,27	0,11		0,27	28,34
3		7,33	3,75	2,4	1,66	0,57	0,27	0,11		0,27	16,34
4			3,75	2,4	1,66	0,57	0,27	0,11		0,27	9,01
5				2,4	1,66	0,57	0,27	0,11		0,27	5,26
6					1,66	0,57	0,27	0,11		0,27	2,86
7						0,57	0,27	0,11		0,27	1,20
8							0,27	0,11		0,27	0,63
9								0,11		0,27	0,38
10										0,27	0,27
11										0,27	0,27

F
R
E
Q
U
E
N
C
E
S

T
H
E
O
R
E
T
I
Q
U
E
S

101 névrotiques de sexe féminin (3 jumelles sont exclus du tableau)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Grandeur des fratries 33 Aînées
1	12	13	12	5	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2		8	3	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
3			7	3	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	14
4				5	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7
5					3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	5
6						1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
7							0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
8								0	0	0	0	0	0	0	0	
9									1	0	0	1	0	0	0	2
10										1	0	0	0	0	0	1
11											0	0	0	0	0	
12												0	0	0	0	
13													0	0	1	1
14														0	1	1
N° d'or- dre	21	22	17	11	4		1	3	3		2				2	26 dernières
1	105	733	425	2,2	066		012	033	0,3		016			013		25,98
2	105	733	425	2,2	066		012	033	0,3		016			013		25,98
3		733	425	2,2	066		012	033	0,3		016			013		15,48
4			425	2,2	066		012	033	0,3		016			013		8,15
5				2,2	066		012	033	0,3		016			013		3,90
6					066		012	033	0,3		016			013		1,70
7							012	033	0,3		016			013		1,04
8							012	033	0,3		016			013		1,04
9								033	0,3		016			013		0,92
10									0,3		016			013		0,59
11											016			013		0,29
12											016			013		0,29
13														013		0,13
14														013		0,13
15														013		0,13

[illegible]

D - Regroupement des résultats

Parmi ces 412 malades, il y a donc :

- 5 jumelles (2 psychotiques et 3 névrotiques)
- 43 enfants uniques répartis ainsi
 - . hommes névrotiques = 4 soit 3,8 %
 - . hommes psychotiques = 12 soit 11,43 %
 - . femmes névrotiques = 12 soit 12,24 %
 - . femmes psychotiques = 15 soit 15,15 %

Ces pourcentages un peu plus élevés chez les malades psychotiques que chez les névrotiques et très particulièrement bas chez les hommes ne peuvent cependant être appréciés faute de références à la population générale ; on ne peut que constater qu'ils sont très nettement inférieurs à ceux qu'avaient obtenus en 1951 G. Mauco et P. Rambaud (33 %) et même aux références qu'ils avaient alors dans la population générale des moins de 21 ans (18 %).

Seuls accessibles à l'analyse statistique seront donc les chiffres obtenus dans les 364 autres cas :

- 94 sujets appartiennent à des fratries de 2 et ils sont répartis ainsi :

	Névroses		Psychoses		Cumul		
	♂	♀	♂	♀	FE	FT	X ²
Aînés	16 61,5 %	13 62 %	16 66 %	13 56,5 %	58 62 %	47	2,78
Cadets	10 38,5 %	8 38 %	8 33 %	10 43,4 %	36 38 %	47	2,78

$$\chi^2 = 5,56$$

Or ici, 1 (degré de liberté) = 1, et pour une telle valeur, X² limite = 3,84

La disproportion existant entre aînés et cadets est donc significative ; nous constatons qu'elle existe dans des proportions voisines dans toutes les catégories mais est légèrement plus marquée dans la population masculine.

Donc parmi ces 94 malades ayant un seul collatéral

(62 % sont des aînés

(38 % sont des cadets

- 90 malades appartiennent à des fratries de trois et leur répartition est la suivante :

	Névroses		Psychoses		Cumul		
	♂	♀	♂	♀	FE	FT	X ²
Aînés	8	12	10	7	37	30	1.63
Médians	10	3	3	3	19	30	4.03
Cadets	7	7	9	11	34	30	0.53

Or ici, $1 = 2$, et pour une telle valeur X^2 limite $\overset{X^2 = 6.19}{=} 5.99$; la répartition est donc significative statistiquement. Pour la rendre plus apparente, nous pouvons faire le rapport $\frac{FE}{FT}$ pour chaque classe et l'on obtient :

aînés = 1,23 soit 41 %
 médians = 0,63 soit 21 %
 cadets = 1,13 soit 38 %

On constate que cette moindre atteinte de l'enfant médian alors qu'aînés et cadets sont en proportion voisine, existe dans 3 classes d'observation mais que les hommes névrotiques en sont exclus (il n'est pas possible étant donné le petit nombre de malades de cette classe prise isolément de savoir si un tel résultat a une valeur réelle).

Donc parmi ces 90 malades ayant 2 collatéraux

- . 21 % seulement sont en position médiane alors que
- . 41 % sont des aînés et
- . 38 % des cadets

- 180 malades appartiennent à des fratries de 4 et plus ; ils se répartissent ainsi :

	Névroses		Psychoses		Cumul		
	♂	♀	♂	♀	FE	FT	X ²
Aînés	10	8	7	7	32	34,46	0,17
Intermé- diaires	29	24	33	25	111	111,08	0,00
Derniers	11	11	7	8	37	34,46	0,18

$$\sum X^2 = 0,35$$

ici 1 = 2 et X² limite = 5,99

La répartition expérimentale vérifie l'hypothèse d'une répartition régulière ce qui est d'ailleurs plus nettement évident si l'on calcule le rapport $\frac{FE}{FT}$ pour chaque classe et l'on obtient :

- . aînés = 0,93
- . intermédiaires $\neq$ 1
- . derniers = 1,07

Etant donné les regroupements de tous les intermédiaires, l'expression des pourcentages serait sans intérêt.

Donc parmi ces 180 fratries de 4 enfants et plus dans les 4 catégories la répartition est homogène.

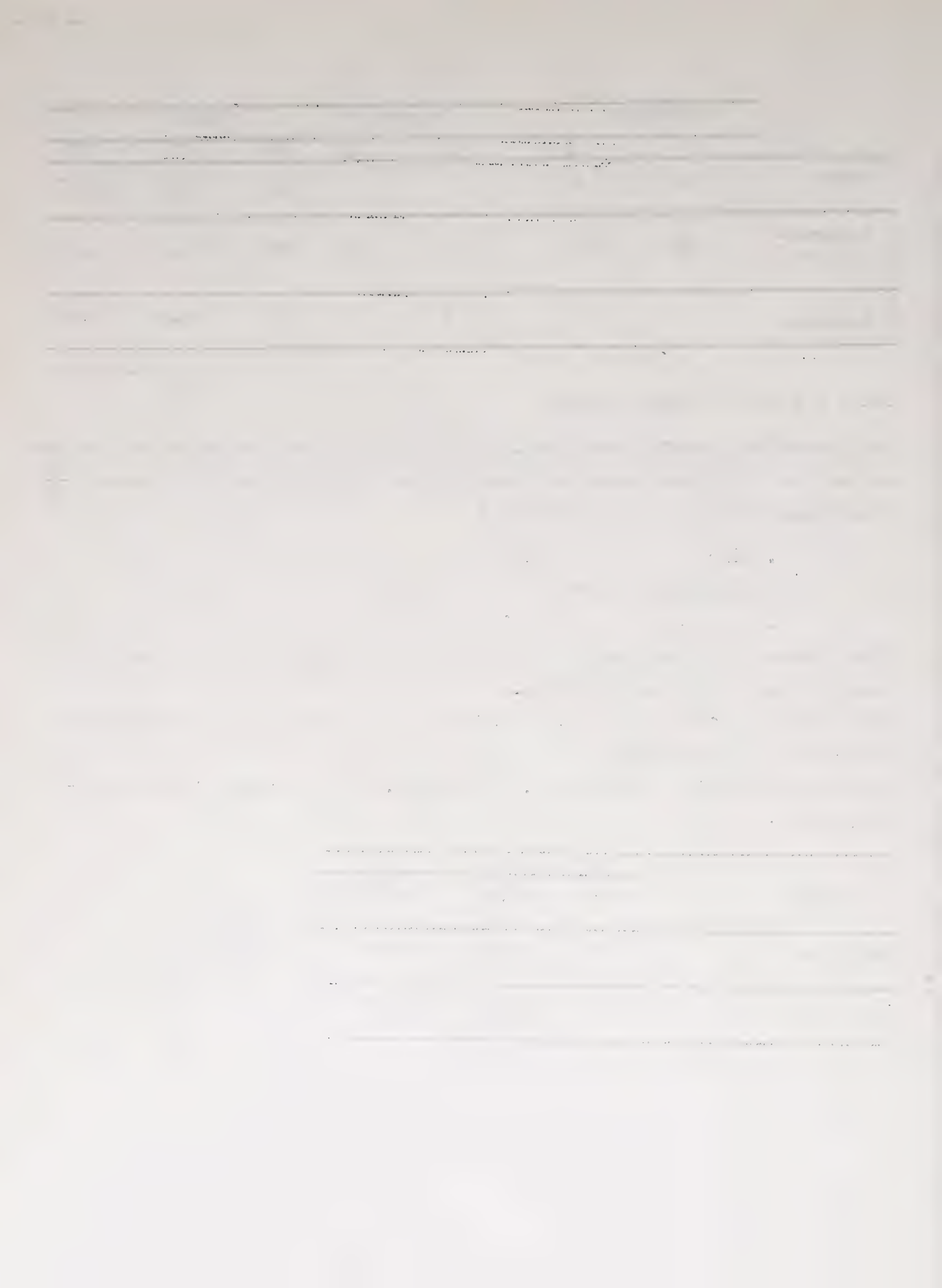
On retrouve la même homogénéité, d'ailleurs, si l'on répartit les intermédiaires :

	FE	FT	X ²
1e moitié	51	48,85	0,09
Médians	15	13,38	0,19
2e moitié	45	48,85	0,30

$$1 = 2$$

$$\sum X^2 = 0,58$$

$$X^2 \text{ limite} = 5,99$$



En résumé

Parmi 364 malades qui ne sont ni des enfants uniques, ni des jumeaux, nous trouverons :

- . 127 aînés
- . 111 intermédiaires
- . 106 derniers

Mais, - le plus grand nombre des aînés par rapport aux derniers est dû à une disproportion qui n'existe de façon significative que dans les fratries de 2,

- si la fréquence des intermédiaires et surtout des enfants médians est inférieure (très discrètement) à la fréquence théorique, cette disproportion n'existe de façon significative que dans les fratries de 3 enfants.

E - la place de 392 malades parmi leurs collatéraux de même sexe
est établie selon le même mode graphique =

103 hommes névrotiques

D	1	2	3	4	5	6	7
1	28	21	4	4			
2		14	11	6	1		
3			4	4			
4				3			1
5							
6						2	

96 femmes névrotiques

D	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	34	15	9	2					
2		12	6	2	1				
3			4	2					
4				1		1			1
5					1	1		1	
6									
7							1		
8								1	1

100 hommes psychotiques

C	1	2	3	4	5	6	7
1	34	19	8	4			
2		12	8	2	2		1
3			3	4			
4				2	1		

93 femmes psychotiques

E	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	33	16	4	2			1		
2		17	6	1	1				
3			4	4					
4				1		2			
5								1	

Ces tableaux ne font apparaître à l'analyse qu'un seul fait qui puisse être remarqué :

dans les fratries de deux hommes, on relève :

- . 21 aînés névrotiques - 19 aînés psychotiques
- . 14 derniers névrotiques - 12 derniers psychotiques

mais on calcule (toujours par le test χ^2) que ces résultats ne sont pas significatifs ($\chi^2 = 2,96$).

Par contre, si l'on reprend le problème des hommes appartenant à une fratrie de 2 et dont le collatéral est un homme, on obtient pour 26 malades ;

	Névrotiques	Psychotiques	Cumul	
Aînés	9	10	19	73 %
Cadets	5	2	7	27 %

Cependant l'échantillon est trop petit pour que ces valeurs soient appréciables.

En dehors de ces faits, la répartition est absolument homogène, et nous ne donnons pas de détails des calculs qui nous ont permis de l'établir toujours par utilisation du test de Pearson.

F - Essais de synthèse

Il semble que névrose et psychose atteignent sans discrimination de rang dans leur fratrie les hommes et les femmes ayant 3 collatéraux et plus.

Le problème des fratries de 3 est beaucoup plus complexe : si globalement le second paraît relativement épargné par rapport aux autres, on ne sait comment interpréter l'exception (sans signification statistique d'ailleurs) qui existerait chez les hommes devant le ~~risque de~~ névrose. Seule une étude systématique de multiples fratries de trois pourrait éclairer cette constatation. Toujours est-il que la fratrie de 3 se situe comme en une zone de transition entre la famille nombreuse et la famille restreinte et il se peut que ceci explique la relative batardise des faits constatés à son sujet :

En effet, on aboutit à ces familles de quatre et plus dans lesquelles les risques morbides psychiatriques sont partagés de façon très équitable, à partir de ces fratries de deux dans lesquelles l'inégalité face à la névrose ou à la psychose est - quel que soit le sexe du sujet - manifeste au désavantage de l'aîné. Ceci semble bien souligner la possibilité d'une relation collatérale singulière, très particulièrement patente lorsqu'elle est obligatoirement limitée, comme c'est le cas dans les fratries de deux.

Mais ce lien asymétrique entre collatéraux, d'autant plus apparent que ceux-ci sont de même sexe (et ceci plus encore chez les garçons) s'il paraît souvent schématique dans ce couple fraternel, ne pourrait-il pas se reproduire avec de multiples ramifications qui le camouflent à une investigation mathématique au sein des familles plus nombreuses ?

Cette hypothèse va nous guider dans l'étude de quelques types de relations entretenues par des malades que nous avons observés avec leurs collatéraux.

III - OBSERVATIONS CLINIQUES

=====

Nous allons présenter les observations familiales et individuelles de quinze malades atteints - à des degrés divers - d'affections névrotiques ou psychotiques (sans substratum somatique connu ni débilité) et chez lesquels il n'est pas indifférent qu'ils aient eu des collatéraux.

Ces observations échappent à tout classement logique, d'autant qu'elles réalisent une simple illustration mais non un éventail exhaustif séméiologique ou psychopathologique.

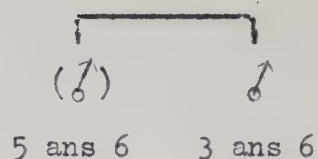
Ce n'est qu'après avoir fréquenté ces individus un à un, du plus jeune au plus âgé, que nous verrons se dégager certains des aspects généraux de la relation fraternelle et de ses perturbations.

A - Patrick - 5 ans 6 mois

Anxiété - troubles du comportement

auto-agressivité - colères

énurésie diurne et encoprésie



1/ Structure familiale

- La mère, abandonnée par ses parents a été élevée par son grand-père et une seconde épouse de celui-ci qui la rejetait. A 17 ans et demi, elle était enceinte; tandis que son fiancé faisait son service militaire, ses futurs beaux-parents, par des sermones répétées, l'aidèrent à accepter aussi mal que possible cette grossesse. C'est ainsi, que mariée peu avant son terme - elle mit son fils en nourrice dès son douzième jour.

Cette jeune femme apparaît réticente et débordée; et visiblement excédée par son fils aîné auquel elle préfère son cadet qui ne lui "fait pas d'ennui".

- le père appartient à une famille d'alcooliques, c'est un homme grossier, jaloux et irritable: ses enfants ne l'intéressent guère, il s'en sert essentiellement pour river sa femme au foyer.

- Bernard, qui a 24 mois de moins que Patrick, est un bel enfant calme, normalement développé et qui se comporte comme la moyenne de ses contemporains.

2/ Histoire du malade

Pendant ses deux premières années, Patrick fut placé dans trois familles différentes; il ne voyait sa mère qu'une fois par mois.

A la naissance de Bernard, la mère cessa de travailler, et Patrick découvrit le milieu familial. Il fut témoin des continuelles disputes de ses parents, mais aussi de la tendre sollicitude de sa mère vis à vis de son cadet.

On a considéré de tout temps Patrick comme un enfant instable et difficile, à l'école tout comme chez lui, et un placement de 4 mois en asile n'a en rien modifié les choses.

Hospitalisé, en un début d'année, il exprime d'emblée et spontanément son agressivité à l'égard de son petit frère : il ne l'aime pas parce qu'il lui cache ses affaires ... enfin, il l'aime bien "un peu" et serait prêt à l'aimer "beaucoup" s'il le laissait tranquille. Pourtant, le père Noël a donné à Patrick un costume de cow-boy, dont Bernard jette les lacets à la poubelle alors que ce veinard de Bernard a eu dans ses souliers un gros camion... Ici Patrick se reprend et décrit le camion comme tout petit et incomplet. Si l'on continue à parler avec lui des cadeaux familiaux de fin d'année, il décrit avec complaisance les objets virils dont son père a été gratifié, mais refuse de parler de sa mère.

Au sujet de l'école, il dit qu'on ne veut plus de lui et paraît trop honteux de s'y savoir insupportable, pour pouvoir l'exprimer autrement que par une mimique "confuse".

L'observation en milieu hospitalier le montre un peu instable et agité, facilement anxieux mais ni opposant, ni agressif. Lorsqu'on parle avec lui, les mêmes thèmes reviennent fréquemment.

Mais c'est dans le test projectif de "Blacky" qu'il nous donne la meilleure idée de ce conflit complexe et des problèmes fraternels.

La Psychologue après avoir montré à Patrick les membres d'une famille de chiens (papa, maman, Blacky, Tippy) lui a présenté les dix planches mettant en scène Blacky seul ou avec les autres et lui a demandé de raconter l'histoire que chacune lui suggérerait :

- sur la première image, on voit en gros premier plan Blacky têtant sa mère, et en arrière plan très lointain deux chiens l'un sur pattes, l'autre couché.

Patrick, apparemment, ignore complètement la scène centrale et il raconte, parlant du chien lointain :

"Il s'en va de la montagne. Il va à la campagne. Il passe dessous la queue du chien, le chien sauvage. Il part tout seul, parce qu'il a pas besoin de sa maman, parce qu'il veut pas voir sa maman, parce qu'il l'aime pas, parce qu'il veut s'en aller. La maman, elle veut du travail, parce qu'elle a pas son chien,. La maman, elle veut qu'il parte. Il veut plus revenir".

- la deuxième planche, c'est Blacky tout seul mordant le collier de sa mère. Patrick explique :

"Il saute, parce qu'il va se mouiller ; il va se faire mal à ça (désignant le collier) il va l'emmener à la campagne. Maman, elle va dire "Ouh ! le vilain". Elle va le gronder, elle crie."

- le troisième dessin aligne les niches des 4 animaux et leurs gamelles. Blacky, tout seul, lève la patte entre les domiciles de ses parents. Patrick, qui met pour la première fois en scène son petit frère raconte :

"Il veut aller dans sa niche. Il va aller dans les autres niches aussi, et puis le papa et le petit frère et la .maman. Ils vont le gronder, ils vont crier. Et après, il va tout manger chez le papa, la maman et le petit frère parce qu'il a faim ; il a beaucoup faim. Ils vont crier ; alors il va se sauver loin, et puis le papa, la maman, le petit frère ils vont se fatiguer pour courir le chemin, alors ils vont s'asseoir et ils rentreront dans leur niche... Il va se sauver loin".

- Sur la quatrième planche, Blacky assiste aux manifestations tendres de ses parents. Patrick explique :

"Il a sauté pour pas se piquer et puis papa et maman, il est venu : "c'est toi, Blacky qui a mangé la viande à nous et au petit frère" il va dire "oui" et il veut pas s'en aller, alors ils vont acheter un fusil comme un chasseur et ils vont le tuer".

- En voyant sur la cinquième planche, Blacky solitaire qui se lèche, Patrick dit simplement :

"Blacky, il se gratte ses puces, parce qu'ils lui font des chatouilles, ses puces".

- Son interprétation de la sixième image est sans doute celle qui résume le mieux son conflit : Tippy a les yeux bandés, sa queue repose sur une sorte de billot ; un couteau, dans l'espace, surplombe le précieux appendice, et Blacky contemple la scène.

Patrick affirme "Eh ben, Blacky, il va prendre le couteau et puis il va couper la queue du petit frère, il va tout le couper, il va le manger en petits bouts, il va le cuire, et il aura plus de petit frère. Le papa et la maman, ils vont couper Blacky en morceaux et le manger, parce qu'ils le veulent pas, parce qu'ils l'aiment pas, parce qu'ils veulent plus le voir".

- sur la septième image, Blacky est à côté d'un jouet : un chien à roulettes, Patrick décrit :

"Blacky, il tire le petit frère, il le fait rouler, il s'est acheté un jouet, et puis son jouet s'appelle Blacky".

- sur la huitième planche, Blacky regarde ses parents prodiguer des caresses à Tippy. Patrick projette :

"Blacky, il va le mordre son papa, parce qu'il veut pas le voir, et puis le petit frère, parce qu'ils le veulent pas voir, tous, et la maman... Il voudra s'en aller, tout à l'heure, et puis il va mourir".

- sur la neuvième planche, devant Blacky, apparemment terrifié, apparaît un spectre. Patrick décrit :

"C'est Blacky, il fait la pirouette ; et puis il rit papa, mais c'est pas rigolo, parce qu'il s'est fait mal. Et puis, il aime bien ça lui (il désigne papa, c'est à dire le spectre) et puis même le petit frère".

- la dixième planche montre Blacky rêvant à un gros chien, Patrick ne décrit pas la scène mais raconte :

"Blacky, il saute par la queue de son petit frère et puis, il l'a coupée et maintenant, son petit frère, il pleure ; et d'abord il avait une grosse queue et lui une petite queue ; et maintenant il pleure (le petit frère) Blacky, il va s'en aller parce que lui, il va arracher sa queue, il va en faire autant".

3/ Essai d'interprétation

A travers ces projections si massives qu'elles ne tiennent souvent aucun compte de la scène réelle, on saisit plusieurs éléments :

- la relation à la famille n'est jamais vécue que comme agressive.
- à ce rejet de la part de ses parents, il oppose un désir de compensations orales, de fuite, et même de mort, et aussi de destruction du petit frère rival, d'ailleurs très culpabilisante.

Si l'on essaye de saisir la dynamique de cette relation à quatre, telle que la vit Patrick : il semble qu'il se sente rejeté globalement par sa famille, mais que le rejet maternel soit beaucoup plus frustrant (pour des raisons oedipiennes sans doute) que le rejet paternel. Ces frustrations massives et répétées engendrent chez lui une agressivité considérable :

. autoagressivité, d'une part (il se tire les cheveux, se cogne la tête contre les murs, se fait mal exprès) qui correspond sans doute à l'introjection pure et simple de l'objet parental.

. hétéroagressivité, d'autre part, mais pour laquelle on assiste à un déplacement assez caractéristique sur la personne de Bernard.

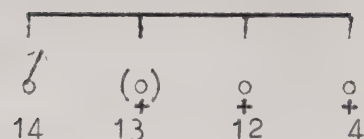
Ses parents certes, le détestent et le rejettent ; mais lui se venge sur son petit frère, ce qui est sans doute moins dangereux et moins culpabilisant. C'est ainsi que Bernard n'apparaît pas essentiellement comme un rival, mais surtout comme un objet concentrant sur lui toute l'agressivité de Patrick à l'égard de toute la famille.

Schématiquement, Patrick est à la fois passif vis à vis de ses parents, d'où une composante dépressive (fuite-mort) et activement agressif vis à vis de son frère (sans qu'une rivalité oedipienne semble patente). Ce qui réalise une assez typique isolation, solution évidemment non adaptative à un grave conflit.

B - Colette 13 ans

Terrain anxieux

manifestations hystériques



1/ Structure familiale

- le père, coiffeur, est anxieux, émotif, sans cesse au bord des larmes, il semble bien représenter le pôle maternel du couple peu rassurant qu'il forme avec

- la mère, elle aussi est anxieuse. C'est l'élément dominant de la famille, mais elle ne semble ni rigide, ni écrasante et s'intéresse à ses enfants.

- le frère serait bien doué intellectuellement et travailleur, il ne fait cependant pas d'excès de zèle et semble plus libéral que sa soeur.

- la seconde fille, beaucoup plus décontractée que ses aînés a deux ans de décalage scolaire avec Colette et seulement onze mois de moins.

- on parle peu de la benjamine qui va à l'école maternelle et que son aînée choie volontiers.

2/ Histoire de la malade.

Enfant très travailleuse, extrêmement minutieuse et perfectionniste dans tout ce qu'elle entreprend, elle est toujours affairée et ne supporte pas le moindre instant d'inaction.

Ce n'est qu'à douze ans et demi, qu'elle se met à présenter, à plusieurs reprises, des "crises" assez bâtarde avec sentiment de striction thoracique, tachychardie, sueurs, pâleur et perte de conscience de quelques secondes, sans miction, ni cri, ni morsure de langue, ni phénomène post-critique. Celles-ci surviennent toujours à l'école où elle est dans la même classe que son frère qu'elle supplante régulièrement dans tous les classements.

Pour elle, les compositions sont toujours une affaire d'Etat, c'est ainsi que l'une d'elle motive la tentative de suicide pour laquelle elle doit être hospitalisée ; A la suite d'une place médiocre en composition d'histoire, elle avale un tube de Méprobamate; elle se réveille de

quarante huit heures de coma en exigeant d'emblée et de façon presque agressive "je veux faire la composition de géographie"!

Le bilan somatique pratiqué ultérieurement est normal, en particulier l'Electroencéphalogramme ne montre aucune anomalie au repos, mais seulement des signes d'hyperexcitabilité cérébrale, lors de la stimulation lumineuse intermittente.

Par contre, on se trouve en face d'une adolescente très inhibée, polie, raide et trop calme, qui laisse parfois déborder une affectivité extrême. Elle se défend mal par une hyperactivité scolaire contre son impulsivité et contre un sentiment intense de culpabilité et de dévalorisation. Or, du fait de ses possibilités intellectuelles assez limitées, elle conquiert sa suprématie scolaire au prix d'efforts démesurés et de nuits écourtées qui ne favorisent guère son équilibre psychologique.

3/ Essai d'interprétation

Sentiment d'insécurité, infériorité, tentatives de revalorisation narcissique sont au coeur des troubles de cette adolescente.

L'insécurité : c'est ce père trop doux et inconsistant qui, bien qu'hyperémotif, ne s'intéresse pas assez à elle. C'est aussi cette mère à laquelle elle est très fixée, mais pour la conquête de laquelle elle se heurte à la présence de sa soeur et surtout de son frère.

L'infériorité : c'est certes cette jalousie, mais c'est surtout un sentiment de castration : à son frère, il faut prendre sa virilité ; il faut l'annihiler pour posséder à sa place l'amour familial et l'intégrité de son moi : il l'a frustrée en existant différent d'elle et peut-être supérieur et, de ce fait, il lui paraît dangereux et agressif. Subir comme un viol la présence malculine lui semble l'apanage tragique de sa féminité qu'elle refuse de toute son énergie.

Sa rivalité avec sa soeur puinée est moins aigüe mais a l'air d'être beaucoup plus culpabilisante.

Seule la benjamine permet à Colette un investissement affectif gratifiant. Elle s'identifie aisément à la bambine qu'elle comble de tendresse.

Les tentatives de révalorisation narcissique utilisent essentiellement l'arme scolaire ; et, de ce fait, succès et échecs sont chargés - malgré le peu de cas qu'en fait sa famille - d'une haute signification affective. Dès que la réussite est insuffisante et surtout si elle n'est pas, comme à l'accoutumée, supérieure à celle de son frère, la frustration est extrêmement intense et peut entraîner des tentatives d'autolyse.

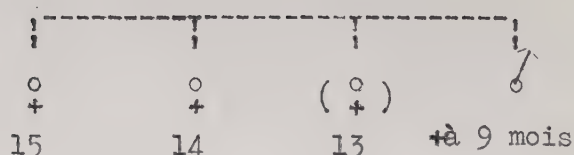
On voit ici comment, face à un couple parental insuffisant, s'élabore une rivalité fraternelle complexe et finalement destructurante, en l'absence de toute protection adulte et comment les fragiles défenses cèdent aisément la place à une fuite hystérique traduisant, malgré la façade sans défaut, une incapacité totale de rétention émotionnelle.

C - Nicole 13 ans

Anxiété névrotique

Labilité émotionnelle

troubles caractériels



1/ Structure familiale

- la mère, ancienne pupille de l'Assistante Publique est femme de service. Instable, anxieuse et fragile psychologiquement, elle a divorcé d'avec le père de ses enfants et vit depuis irrégulièrement avec une suite de concubins. Elle a pourtant toujours suivi ses filles.

- le père, violent, grossier, fabulateur et délinquant a été à plusieurs reprises incarcéré,

- la soeur aînée apprend le secrétariat dans un centre éducatif où son comportement est normal,

- la seconde fille prépare son C.E.P. placée dans une famille avec laquelle tout marche bien,

- le fils, de 3 ans le cadet de Nicole, est décédé à neuf mois de méningite.

2/ Histoire de l'enfant

Depuis l'âge de deux mois, Nicole a oscillé des placements nourriciers aux maisons d'enfants, des internats normaux aux internats spécialisés en passant par les aériums et les hôpitaux. Elle a cependant toujours vu très régulièrement sa mère et ses soeurs. Instable, irritable, elle commet parfois de menus délits et cherche par tous les moyens à capter l'attention de ses camarades et des adultes.

Déjà très insécurisée, elle fait à douze ans la connaissance de son père, chez qui elle va passer avec ses soeurs trois jours de vacances. Celui-ci vit avec une gamine de 16 ans, demande à ses filles de l'appeler "Tonton", les incite à voler et critique violemment leur mère en leur présence. Les adolescentes reviennent très traumatisées de ce séjour, mais Nicole est de loin la plus perturbée ; anxieuse et de plus en plus irrégulière, elle est constamment agitée et refuse soit de manger, soit de travailler, soit les deux ; et après un an de ce régime, elle doit être hospitalisée.

Dans le service, on remarque son comportement séducteur, elle approche, cherchant à attirer l'adulte, puis, soit recule dans une attitude boudeuse, soit accepte volontiers le contact ; elle exprime alors son sentiment d'abandon et ses préoccupations sexuelles : dégoût de son propre sexe et dépréciation de l'image masculine qui lui fait peur. Elle voudrait quitter son internat, car, si elle apprécie les monitrices, elle trouve les filles odieuses, parce qu'elles la briment ou l'entraînent ; elle souhaite aller dans une famille comme sa soeur qu'elle adore. Plus tard elle sera sage-femme pour s'occuper, dit-elle, d'enfants.

3/ Essai de synthèse

Il n'est pas nécessaire d'épiloguer sur le milieu pathogène très dangereux réalisé par ce couple parental dissocié et catastrophique. Il est pourtant difficile de savoir pourquoi Nicole en a, plus que ses soeurs, été traumatisée.

Par contre, on constate une cohésion très nette du groupe des trois soeurs, leur mutuel attachement ; leur entr'aide survit aux séparations. Nicole parle avec une joie évidente des succès scolaires de ses aînées et désire en faire autant.

Elles ont subi ensemble les amants de leur mère et découvert ensemble leur père déchu et ceci scelle leur unité.

Il est possible qu'une telle fixation crée un circuit fermé qui perturbe l'évolution et les contacts de ses éléments avec l'extérieur, en particulier leur orientation hétérosexuelle. Mais elle semble jouer bien davantage un rôle protecteur capital, c'est finalement pour Nicole le seul élément de sécurité, la seule attache qui tienne, la seule possibilité de relations interhumaines stables et qui ne déçoivent pas trop, la seule image humaine familiale valable. Et l'on peut supposer que cela évite à l'adolescente la cassure interne irréversible, le comportement franchement associal, en bref la psychose ou la délinquance.

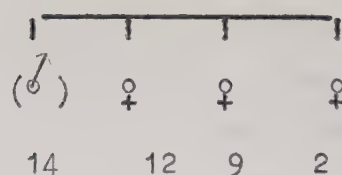
On voit ici, dans un milieu particulièrement défavorable, le rôle sécurisant et presque de "contrepoison" que jouent des relations fraternelles très étroites.

D - Marc - 14 ans

Baisse de rendement scolaire

Troubles caractériels avec

paroxysme prédélinquanciel



1/ Structure familiale

- le père est comptable, ancien adjudant assez rigide et intolérant, il impose sa volonté à toute une famille qui la redoute ; intelligent cependant, il saisit la dynamique des problèmes relationnels et manifeste une certaine bonne volonté pour essayer de modifier quelques unes de ses attitudes.

- la mère, anxieuse, hyperprotéctrice et faible charge lourdement son époux et compense son insatisfaction conjugale par un maternage un peu abusif de ses enfants.

- les trois jeunes soeurs ont un comportement normal, la benjamine est particulièrement vive et légèrement capricieuse.

2/ Histoire du patient

- Cet enfant n'a jamais quitté sa famille.

A dix ans, il perd brièvement conscience, à la suite d'un traumatisme crânien bénin. Les examens cliniques et paracliniques sont normaux.

Deux ans plus tard, son rendement scolaire baisse et il devient de plus en plus agressif dans sa famille comme à l'école.

A quatorze ans, il suit médiocrement une quatrième, dans un collège d'enseignement général et il songe plus à organiser des chahuts qu'à travailler. Un jour, il assourdit le piano de son professeur en interposant des éponges entre les cordes et marteaux et il est mis à la porte.

Il passe alors trois semaines chez lui ; il fait des fugues et réagit violemment à toute réprimande. Finalement, lors d'un épisode d'agitation, il casse une armoire et plusieurs portes ; ses parents appellent les pompiers pour le conduire à l'hôpital.

Un Electro-encéphalogramme montre des signes de souffrance et d'irritation hémisphériques droits. Cependant examen clinique, Echo, examen ophtalmologique, encéphalographie gazeuze, artériographie carotidienne,

Ponction lombaire, bilan phospho-calcique sont normaux et l'on a la surprise de trouver normal l'E.E.G. de contrôle. Malgré la notion d'un traumatisme cranien, quatre ans plus tôt, on élimine donc toute étiologie organique, et l'on est conduit à fouiller les problèmes psychologiques du jeune garçon, d'autant que son comportement traduit une extrême impulsivité.

Il présente même un épisode d'agressivité imprévu et violent vis à vis des autres enfants qu'il inonde de limonade, frappe et menace au couteau avant de tenter une fugue que les infirmières font avorter.

En dehors de cela, il est assez calme, parle volontiers, et raconte ses bêtises et conflits familiaux avec une ébauche de remord feint et une extrêmesatisfaction ; il cherche visiblement à ce qu'on s'occupe de lui et reste par exemple plusieurs jours dans son lit après une P.E.G. sans difficultés.

3/ Essai d'interprétation

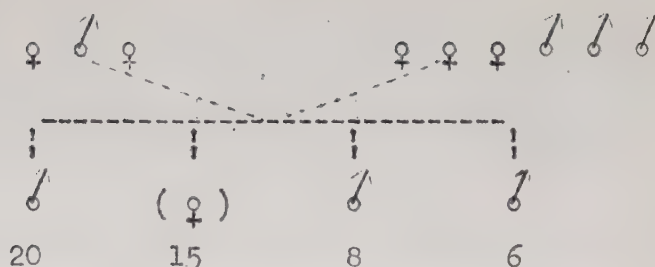
La position d'aîné (et de seul garçon dans sa fratrie) de Marc favorise sa difficulté centrale, celle de sa relation avec son père. Ce dernier, autoritaire, rigide, "fort en Maths" désire faire de son fils un alter ego. Il lui impose des problèmes d'arithmétique, lui interdit toute fantaisie et réprime fortement la moindre incartade ; il est beaucoup plus libéral à l'égard de ses filles. Il écarte son épouse lorsqu'elle essaye timidement de défendre son fils, et celle-ci compense son besoin protecteur en entourant ses cadettes.

Marc vit donc un rôle d'aîné contraignant et frustrant qui induit sa jalousie à l'égard des deux filles qui ont avec lui un faible écart d'âge (ceci explique, sans doute, qu'il supporte mal qu'on s'occupe des autres enfants du service dans lequel il est hospitalisé, ce qui semble à l'origine de l'un des éclats précités).

Par contre, sa tendresse à l'égard de la benjamine est extrême. S'il se sent rejeté en bloc par sa famille, si son attachement à sa mère est marqué d'une forte ambivalence, il a, dans la fillette, un bon objet certainement très gratifiant. C'est à l'époque de sa naissance qu'il commence à extérioriser massivement son agressivité ; et si l'inapplication scolaire

(d'ailleurs élective pour les mathématiques) de ce garçon intelligent est une opposition claire à son père, on peut supposer ~~qu~~ intervient aussi, en elle, un élément d'identification régressive à la petite soeur, qui joue un rôle mystérieusement permissif, ce qui favorise les brutales explosions d'hostilité, seul réel exutoire que connaisse l'adolescent.

E - Joëlle - 15 ans
 Border-line
 fragilité du moi
 comportement névrotique



1/ Structure familiale

- le père est un cultivateur solide, un peu effacé ; Joëlle s'entend bien avec lui.
- la mère, légèrement anxieuse, n'est ni rejetante, ni abusive.
- Robert, le frère aîné est un calme ; mécanicien agricole, il a épousé à dix neuf ans une jeune-fille enceinte de ses oeuvres.
- les deux derniers garçons sont des enfants turbulents et bien vivants.
- l'entente avec les oncles et tantes paternels et maternels est bonne ; Joëlle a cependant une préférence marquée pour la soeur aînée de sa mère.
- les grands parents sont accueillants à toute la famille mais laissent à chacun son autonomie.

2/ Histoire de la malade

Cette enfant a grandi dans un milieu frustré mais non pathologique. A l'âge de six ans, elle est allée loger chez ses grands parents maternels, car il n'y avait pas d'école dans son village. A cette époque, est né son puîné, mais il ne semble pas qu'elle ait jamais établi un lien entre cette naissance et son éloignement.

Elle regrette un peu que le benjamin n'ait pas été la soeur qu'elle désirait.

Sa scolarité s'est poursuivie très normalement jusqu'à son entrée en quatrième, bien que des otites répétées aient entraîné un certain absentéisme.

En novembre 1964, au cours d'un accident de circulation, elle a été frappée par la vue du visage ensanglanté d'une des passagères du car dans lequel elle se trouvait ; cependant qu'elle même ne bénéficiait que d'une bénigne ecchymose.

Quelques jours plus tard, elle a appris les fiançailles de son frère aîné auquel elle était très attachée. Il semble que, dès cette époque, le rendement scolaire ait considérablement baissé et que le caractère de Joëlle se soit modifié.

Mais c'est quelques jours après le mariage de Robert en Avril 1965 qu'elle a dû être hospitalisée pour des manifestations hystériques du membre inférieur gauche, à type de mouvements pseudo-choréiques incoercibles. Ceux-ci disparurent grâce à l'isolement et à quelques entretiens psychologiques. L'immaturité affective était évidente, mais les conditions géographiques interdisaient une psychothérapie au long cours.

A la suite de cela, elle dut redoubler sa quatrième mais après deux mois de scolarité, troublés par des épisodes d'agitation stérile avec isolement, apragmatisme et sentiment très angoissant de culpabilité, elle dut être hospitalisée pour de nouvelles manifestations hystériques - généralisées cette fois - qui après quelques jours de traitement neuroleptique, ont laissé la place à un épisode d'allure catatonique avec état oniroïde angoissant qui fut lui-même passager. Mais la normalisation apparente fut, elle aussi, de courte durée, et nous l'avons connue lors de son troisième séjour hospitalier .

Très inhibée au début, elle a assez vite pu exprimer certaines de ses difficultés : sentiment d'abandon et d'infériorité ; peur et culpabilité face à la sexualité.

Son comportement dans le service est nettement régressif : vautrée sur son lit, une partie de la journée, elle manifeste une oralité considérable, elle dévore au repas et avale tout ce qu'elle rencontre de comestible sur son passage.

On peut rapprocher cette boulinie, qui se solde par une obésité, des vols pathologiques de menus objets qu'elle accumule dans sa table de chevet, sans manifester la moindre honte lorsqu'on les y découvre.

Elle voudrait, plus tard, devenir puéricultrice et souhaite s'y préparer dans un milieu protecteur et sécurisant (en allant par exemple habiter chez l'aînée de ses tantes).

3/ Essai d'interprétation

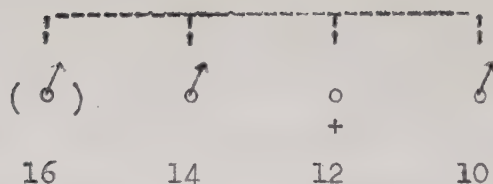
Il semble que - si les premières manifestations pathologiques ont coïncidé avec l'accident, dont Joëlle n'a été que très peu victime - il faille surtout en chercher l'explication dans la dynamique de sa relation avec son frère aîné.

Le couple frère-soeur qui se retrouvait toutes les semaines était très solidement uni et comme isolé au sein de la famille, de telle sorte que les premiers liens sociaux, les principales attaches affectives de Joëlle étaient bornées à son aîné ; fixation sans nuage et sans rivalité, dépendance tendre mais dépourvue de dynamisme, cette relation qui se suffisait à elle-même, acceptée dans la passivité n'a permis à Joëlle aucune identification structurante. Et ce fut, brutalement, en pleine adolescence, la perte de l'objet d'amour. Ce frère, jusque là maternel, apparaissait dans toute la hideur de sa force virile qui le lui arrachait pour toujours au profit de cette bienheureuse rivale, dont l'enfant, amèrement aimé par Joëlle, n'est qu'un rappel trop aigu de son incomplétude. A partir de cela, on ne saurait parler de régression, tant il semble que la personnalité de la malade n'ait jamais beaucoup progressé, mais plutôt de frustration profonde avec recherche insatiable de compensations diverses toutes décevantes, et mise à nu d'une fragilité intolérable dont le pronostic est assez inquiétant. Quant à la sexualité, elle est bien trop clairement en cause dans le malheur de Joëlle pour n'être pas vécue comme très angoissante, à la fois désirée et rejetée avec terreur.

F - Bernard - 16 ans

Structure homo-sexuelle

Névrose obsessionnelle



1/ Structure familiale

- le père est un petit homme placide, passif, mou et absent ; figé sur son siège, il répond par bribes ou jette - si elle est là - des petits coups d'oeil furtifs à son épouse à laquelle il semble totalement soumis.

- la mère, de quatre ans sa cadette, est hypomane, anxieuse ; elle mène son monde avec empressement et inefficacité ; elle étouffe ~~en~~ voulant protéger. Vite au bord des larmes, elle clame certains jours son amour pour son fils qu'elle rejette le lendemain. Guère accessible à un quelconque raisonnement, elle embrouille tous les projets des médecins et assistantes sociales.

- parmi les 3 frères et soeur du malade, il ne semble pas y avoir d'élément pathologique majeur.

2/ Histoire du malade

Si les trois mois que l'enfant a passé - à l'âge de cinq ans - en préventorium pour une primo-infection simple, n'ont guère d'importance, la découverte dans sa douzième année d'une petite protéinurie intermittente, liée à une dystrophie rénale mineure, valut à l'enfant, de la part de sa mère une surveillance de tous les instants et plusieurs séjours en colonie sanitaire.

A l'âge de treize ans, Bernard présente quelques préoccupations hypochondriaques, mais tout rentre vite dans l'ordre et il passe avec succès son certificat d'études primaires. Peu après, il étonne sa famille en abandonnant à ses frères une bicyclette toute neuve, sous prétexte que le phare lui semble tordu.

Son entrée dans un cours commercial ne pose pas de problème jusqu'au jour où il déchire, sans colère, ses livres scolaires, avant de se désintéresser totalement de son travail, tout en cherchant à pallier ses

ignorances en copiant sur ses camarades. Cette attitude inhabituelle lui vaut une semonce publique de son professeur, dûment orchestrée par sa mère.

A cette époque, il fait souvent l'école buissonnière et commence à se préoccuper beaucoup de sa chevelure, souci que les vacances éloignent momentanément (il va en colonie sanitaire) mais qui devient exclusif lors de toute l'année scolaire suivante. Toute sa vie tourne autour des lotions, bigoudis, coups de peigne et il veut devenir coiffeur ; il s'y prépare d'ailleurs en faisant ses premières armes sur les cheveux de ses camarades des deux sexes.

Il est, alors, très agressif vis à vis de sa mère dit détester ses frères et soeur (bien que ce soit à son puiné qu'il ait confié ses inquiétudes face à ses premières pollutions nocturnes).

3/ Essai de synthèse

Plusieurs éléments sont à souligner :

a) la passivité du père, totalement absent et fournissant à son fils une image catastrophique d'identification masculine,

b) l'ambivalence de la mère à l'égard de Bernard qui d'ailleurs peut être schématiquement décomposée en deux temps :

- avant l'apparition de la protéinurie, elle couve son fils, le submerge de soins corporels et le maintient dans un perpétuel état de valorisation narcissique : il est son bien, elle en sait le prix et y veille constamment,

- après l'apparition de la protéinurie, c'est à dire à la puberté, elle redouble de soins, mais ceux-ci sont une perpétuelle interdiction (pas de sport, pas de sorties, pas de régime normal, pas de vacances libres etc.) elle possède ainsi totalement cet aîné dûment castré et peut laisser ses autres enfants évoluer à leur rythme.

c) la présence des frères et soeur (et surtout de son puiné) sont pour Bernard un point constant de référence ; lui, il n'est pas comme eux, et c'est de sa virilité à lui que leur mère les enrichit, et ceci, il

l'exprime avec une extrême rancœur.

De plus en plus instable, anxieux et agressif, il doit être hospitalisé.

Dans le service, inhibé et inactif, il se dandine, tenant sa tête avec précaution, le visage dissimulé - sous prétexte d'un traitement de son acné - sous une épaisse couche de pommade, tandis qu'une mèche parfaitement lisse voile son oeil gauche.

Ses relations avec les autres hospitalisés et le personnel soignant sont pauvres ; il fait parfois allusion à ses "rêves vicieux" parle un peu de sa famille et manifeste une extrême agressivité vis à vis de son frère puiné.

Il ne s'occupe des autres hospitalisés qu'occasionnellement et parfois seulement pour masturber quelque débile après une petite séance de voyeurisme.

S'il passe son temps à se coiffer, il a un jour accepté - de plein gré - de se faire très discrètement raccourcir les cheveux ; à la suite de cela, il a présenté une période d'angoisse extrême, nécessitant une thérapeutique neuroleptique (200 mg de Lévomépromazine).

Un essai de retour en milieu familial est vite interrompu par... un coup de vent qui dérange ses ondulations et entraîne un volcan d'agressivité et une réhospitalisation.

C'est à l'époque de la puberté, que Bernard vit plus intensément cette mutilation ; et à ces manoeuvres obsédantes de revalorisation narcissique, que traduisent, entre autres, ses préoccupations capillaires, sa mère réagit en l'infériorisant encore davantage et c'est la chute dans une suite de réactions "circulaires" que seul l'éloignement du milieu familial interrompt momentanément.

Il faut signaler que malgré les défenses obsessionnelles, l'anxiété est importante, et que la culpabilité extrême, face aux pulsions sexuelles, entraîne un syndrome de persécution qui, s'il semble plus onirique que délirant, nous fait craindre - dans un tel contexte, une psychose encore latente.

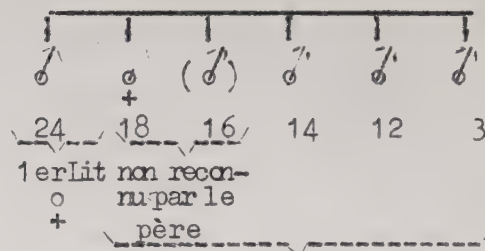
Ici, le rôle du frère n'est pas direct, mais il semble qu'au sein de cette famille, une relation soit essentielle, celle de la mère avec ses deux fils aînés : elle castre l'aîné, ce qui lui permet d'épargner le second. Ceci, pour Bernard, correspond à sa spoliation en faveur de son puîné, qui, par ailleurs, lui est plutôt étranger.

Si, dans les périodes de décompensation, l'agressivité de Bernard est globale et indifférenciée, il parvient en des périodes d'équilibre relatif à une isolation fragile au sein de son ambivalence vis à vis de sa mère : il lui porte une certaine affection en haissant cordialement son frère.

G - Gilles - 16 ans

Régression affective

Troubles mnésiques



1/ Structure familiale

- la mère est une solide matrone, autoritaire, possessive et écrasante. Veuve et mère d'un fils, elle a eu deux enfants d'un concubin qu'elle a épousé par la suite (en fait on n'a aucune certitude quant à l'origine précise de chacun de ses six enfants).

- le père complètement dominé par sa femme n'en sait sans doute rien non plus ; toujours est-il qu'il joue un rôle secondaire et effacé dans cette famille dont il semble accepter tous les éléments avec une indifférence bonasse.

- le frère aîné vit encore chez sa mère, mais garde une certaine indépendance.

- l'unique soeur serait taillée psychologiquement sur le modèle de sa mère.

- les jeunes frères sont des enfants un peu hypotrophiés et timides mais vifs et gais.

2/ Histoire du malade

- Gilles, qui n'a jamais quitté, de façon prolongée, le milieu familial, présente, jusqu'à l'âge de 8 ans une énurésie diurne déclenchée par les contrariétés.

- Exception faite de tics de la face qui existent depuis bien longtemps, le comportement de l'enfant et sa scolarité sont normaux jusqu'à ce qu'il ait treize ans.

A cette époque, débutent des troubles de l'attention et de la mémoire immédiate. C'est ainsi qu'il échoue au certificat d'études primaires et entre en apprentissage chez un boulanger.

Comme ses étourderies lui attirent quelques semonces de la part de son patron, il demande, après dix huit mois, la rupture de son contrat de travail. Il s'occupe, depuis, du petit cheptel familial, dont son père, qui est carrossier - lui laisse bien volontiers le soin. Il passe ainsi quelques mois à garder les chèvres et à jouer avec son plus jeune frère, cependant que sa mère, inquiète de la persistance de ses troubles, songe à le faire soigner.

Cet adolescent petit et rablé est alors mis en observation. Il est assez inhibé, les premiers jours, mais accepte finalement volontiers de converser. Son niveau intellectuel est normal, il obtient des résultats excellents aux tests de mémoire auditive et visuo-graphique de Rey, mais existent des difficultés d'organisation spatiale et temporelle.

Surtout, il paraît anxieux et très puéril du point de vue affectif. Il demeure passif et comme indifférent face à ses difficultés et au voeu qu'il exprime de devenir électricien.

3/ Essai de Synthèse

Au cours des entretiens, et à l'aide de tests projectifs, on découvre que le comportement de ce garçon est le fait d'identification régressive à son plus jeune frère, favorisée par tout le contexte familial.

Gilles exprime aisément son impression de rejet par ce père dont il ne porte pas le nom (parce qu'il ne l'aurait pas reconnu) mais dont il n'est, en fait, pas très sûr d'être le fils. Il est, par ailleurs, très fixé à sa mère, tandis que ses aînés sont plus autonomes. Il se sent rejeté par elle, au profit de ses cadets, d'où une ambivalence angoissante et fort culpabilisante à son égard.

S'il a toujours souhaité recevoir, à la place des plus jeunes, les faveurs maternelles, ce qui a fortement ralenti son évolution affective, ce n'est qu'à la naissance du benjamin (après neuf ans d'infécondité) qu'il a ébauché une véritable régression.

Il prodigue à ce petit frère une tendresse "maternelle" assez

frappante, celle-là même dont il a été frustré et qui lui revient par le truchement de l'identification. Cette dernière est nette et s'exprime par la baisse de rendement scolaire, la possible amnésie de tout ce qui pourrait faire de lui "un grand", l'intérêt pour les animaux vivants (peu différents des jouets en peluche du bambin).

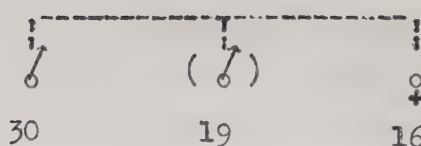
On voit donc les deux pôles - décrits par Hesnard - d'une identification : Gilles se projette dans son benjamin et introjecte les gratifications qu'il lui prodigue.

S'il existe, par ailleurs, quelque jalousie à l'égard de ses trois cadets, celle-ci est discrète. L'indifférence du père, l'autoritarisme maternel créent ce véritable rejet sans que la rivalité fraternelle soit capitale (dans la réalité, ou dans les fantasmes du sujet) mais c'est la présence de ses jeunes frères et surtout du benjamin qui lui permet de détendre son angoisse par une régression pathologique.

H - Eric - 19 ans

Syndrôme phobo-obsessionnel

Border-Line



1/ Structure Familiale

- le père, facteur puis concierge, est hypocondriaque, rigide et autoritaire ; il veut rester maître de la situation et parle haut, s'opposant à toute initiative de la part de son fils.

- la mère, possessive, enveloppante, ne comprend pas grand-chose aux difficultés de son fils et accepte très mal que d'autres qu'elle entreprennent de l'aider à les surmonter.

- le frère, rigide et ambitieux travaille dans un ministère, il a une épouse dépressive et deux enfants.

- la soeur est une adolescente capricieuse qui cherche par tous les moyens à attirer l'attention de l'entourage ; il semble que cette jeune employée des P.T.T. soit une personnalité hystérique.

- les relations avec de multiples oncles et tantes ne sont pas des plus cordiales.

2/ Histoire du malade

Ce lycéen donne entière satisfaction à ses professeurs, et résiste assez bien à son milieu familial perturbé jusqu'à l'adolescence.

Il a seize ans quand se greffent sur un terrain psychasthénique latent (doutes-scrupules) surcompensé par une hyperactivité intellectuelle, les premières manifestations pathologiques qu'il attribue à sa cohabitation avec une vieille tante, involuée sénile, dont le bruit (mastication constante et surtout crissement des cartes qu'elle remue toute la journée) l'exaspèrent.

En proie à un mentisme obsédant, il entreprend, dans une anxiété extrême, une tournée des psychiatres, avant de voir en l'un d'eux le père et le sauveur qu'il cherchait. Il lui explique qu'il a dans la tête un petit cinéma qui surimpressionne sa pensée avec des personnages de Tintin et Milou; qu'il a des doutes obsédants, des difficultés pour agir et une sensation de malaise corporel qui vont peu à peu s'aggravant, à tel point que son activité

intellectuelle, elle-même devient pénible.

Il est épuisé par cette lutte contre les images parasites et absorbe du maxiton pour passer une partie de la nuit sur ses livres ; mais insomniaque et perplexe, il lutte en vain contre deux thèmes obsédants (masturbation et pulsion suicidaire).

Sécurisé par une prise en charge directive, il s'améliore nettement ; mais après son séjour en milieu protégé, les résultats se dégradent lentement et réapparaissent des obsessions - phobies : peur de se crever les yeux avec son stylo et protection par le port de lunettes, peur de se jeter par la fenêtre.

On entreprend alors une psychothérapie de soutien grâce à laquelle il fait une bonne année scolaire et obtient son premier baccalauréat. Le décès accidentel du médecin auquel il était très attaché lui est une perte très douloureuse. Il accepte cependant son successeur et le contact plus technique et plus frustrant qu'il lui propose ; cette nouvelle année de psychothérapie voit pratiquement disparaître les obsessions et le jeune homme réussit sans difficultés son bac sciences expérimentales. Le départ de ce second médecin lui vaut un nouveau changement de thérapeute, et il apparaît au cours de cette relation, qui n'est plus gênée par l'écran constant des obsessions que le sujet cherche - à travers la littérature et la philosophie, les figures historiques et l'Olympe moderne, un indispensable objet d'identification.

C'est ainsi par exemple que fasciné - mais aussi effrayé - par l'image d'Hitler, de Staline et d'autres grands personnages, il projette dans un univers imaginaire, dont la nature fantasmatique lui est parfaitement consciente, ses désirs de valorisation hypertrophique : il est une Nation en perpétuelle ébullition, trop convulsée de querelles intérieures pour parvenir à réussir dans ses plans grandioses de conquête.

A cette même époque, il cherche en vain à s'adapter à la vie universitaire, dont le cadre trop lâche lui est intolérable.

Libéré d'une part de son auto-agressivité, il émet des projets révolutionnaires destructifs, mais aussi envisage quelques solutions d'avenir : conquête professionnelles et sentimentales.

3/ Essai d'interprétation

De ce milieu familial très clos, agressif et intellectuellement médiocre, le fils aîné parvient - jouant des coudes - à émerger ; intelligent et ambitieux il débute petit employé pour atteindre à un poste considéré dans la vie politique. Dès lors, la captativité familiale se resserre sur le cadet. Extrêmement possessif à l'égard de la scolarité brillante de son fils, le père s'en trouve considérablement valorisé, mais s'attribue le monopole de ces succès et refuse tout ce que cette réussite pourrait permettre d'autonomie à l'adolescent : il l'écrase de perpétuels reproches, l'envahit d'une présence bruyante et répressive, l'inonde de plaintes narcissiques et culpabilisantes. Sous prétexte de le protéger, la mère s'en donne à cœur joie d'engourdir avec un empressement moite ce fils déjà ligoté.

Il semble que la seule personne qu'ait admiré l'enfant soit ce frère de onze ans plus âgé. Mais si l'aîné s'est libéré du père, il n'en a pas délivré son puîné ; bien au contraire, il fait corps avec ses parents pour écraser l'adolescent inquiet. Il est frappant de constater combien tous les fantasmes du malade portent l'empreinte de ce conflit fraternel, qui se cristallise autour de deux pôles : un écrasement insurmontable, un désir impuissant d'identification.

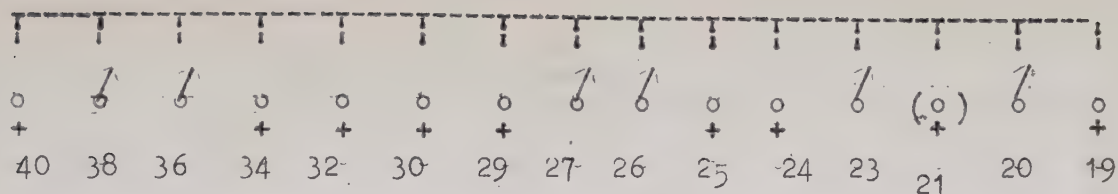
Certes, le jeune homme extériorise une haine farouche à l'égard de cet arriviste qu'il dit corrompu et ignoble et qu'il accuse de faire le malheur de son épouse, tout en cherchant vainement à obtenir de lui une aide financière. Il tient essentiellement à le supplanter (mais dans l'équité et le droit !) et vit dramatiquement les moindres saillies de cette relation que 350 kilomètres de distance ne parviennent pas à détendre. Par ailleurs, le malade échoue constamment dans ses tentatives d'identification à son aîné qui, pour lui, ne parviennent jamais à être structurantes, mais dont l'issue ne peut qu'être un duel mortel : actuellement le meurtre symbolique du frère est au centre de ses préoccupations (alors que l'auto-agressivité l'emportait antérieurement).

Ce noeud de problèmes explique bien l'amélioration considérable

qu'a permis à l'adolescent la rencontre de son médecin bien-aimé, ni reje-
tant, ni agressif, mais accueillant et protecteur, il lui a permis un inves-
tissement affectif massif et la découverte d'une sécurité qui ne se taille
pas au couteau. Et si la mort le lui a brutalement arraché, sa mémoire,
longtemps après, reste précieuse : quelqu'un l'a un jour accueilli, ouvrant
la voie à ceux qui lui ont succédé, mais surtout, ce médecin demeure pour
lui un objet d'identification structurante et si quelques difficultés se
sont opposées à ce qu'il devienne le médecin qu'il désirait être, pour
payer une sorte de dette sacrée, cette image virile constamment opposée et
préférée à celle de son frère l'aide encore à se reconstruire.

(A côté de cette rivalité violente avec son aîné, se situe un
conflit de moindre importance avec la cadette qui n'a guère d'égard pour
lui et l'agace de mille façons.)

On voit s'isoler au sein de conflits familiaux complexes, un
duel fraternel très particulièrement violent et déterminant.



I - Adèle - 21 ans

Abandonnique

Névrose de caractère

1/ Structure familiale

Dans cette vieille famille respectueuse des traditions mais trop nombreuse pour pouvoir vivre largement de ses domaines agricoles, il existe un certain malaise pudiquement dissimulé derrière une façade de savoir vivre conservateur et cordial.

- les parents sont âgés mais conscients de leurs devoirs et désireux de faire régner la bonne conduite chez leurs héritiers ; multiples sont - de ce fait - les accrochages qu'ils ont avec Adèle. On l'accuse d'ailleurs de "tuer" son père qui a une affection cardiaque et qu'elle n'a jamais vu travailler.

- au sein de cette fratrie, on peut distinguer géographiquement :

. ceux qui vivent chez leurs parents et qui sont les numéros 6.8.11 de la fratrie. L'aînée des trois gère le budget de l'ensemble et organise tout dans la maison, sans que personne ne conteste ses initiatives.

. ceux qui partagent avec Adèle un appartement en ville et qui sont les numéros 9.12.15. On verra que ce rassemblement de facilité réalise une véritable poudrière.

. les autres sont dispersés un peu partout.

Par ailleurs l'entente d'Adèle est :

. excellente avec sa sœur de 29 ans (n° 7) qui mariée vit très loin d'elle

. elle est assez bonne avec la sœur aînée et le frère de 27 ans.

. elle serait parfois satisfaisante avec le frère de 23 ans (n° 12)

- . elle est catastrophique avec deux soeurs (n° 6 et 15)
- . elle est neutre et variable avec les autres.

2/ Histoire de la malade

Après des études secondaires avortées, l'adolescente a suivi un cours commercial, elle est actuellement secrétaire.

Bien qu'elle n'ait jamais eu un excellent caractère, ce n'est qu'à dix neuf ans qu'elle a inquiété sa famille en extériorisant -peu après une crise de rhumatisme articulaire aigu traitée aux Corticoïdes- une agressivité telle qu'on a dû l'hospitaliser (ce qui se reproduira ensuite un certain nombre de fois).

Depuis cette époque surtout, elle est très agressive envers ses parents et collatéraux, ses chefs et collègues de travail, les médecins ; et en même temps très dévalorisée : c'est la moins intelligente de la famille, le numéro treize, la laissée-pour-compte à qui l'on préfère tous les autres.

Son comportement est marqué par une très nette ambivalence, elle cherche à attirer l'attention, à ce qu'on s'occupe d'elle, mais manifeste une telle hostilité envers autrui qu'elle parvient assez régulièrement à se faire rejeter ; ces abandons entretiennent son masochisme peuplé par ailleurs de fantasmes de mort, de maladies graves, de cataclysmes. Ce masochisme est sans doute l'une des principales difficultés que rencontre une psychothérapie en cours.

3/ Essai d'Interprétation

Il est très difficile de débrouiller l'écheveau des relations existant au sein de cette famille, essayons cependant, assez arbitrairement - de dégager les principaux types de difficultés qu'y rencontre la malade :

a) elle appartient à une famille nombreuse, ce qui implique une certaine dilution des relations fondamentales, avec obstacle à l'établissement de rapports affectifs très personnels avec ses parents. Certes, en contrepartie, il lui est possible de choisir parmi ses aînés un substitut

maternel optimum, ce qu'elle semble avoir trouvé chez une soeur de huit ans son aînée ; mais ce lien est -lui aussi- trop lâche pour lui permettre une protection suffisante.

b) Au sein de cette fratrie, elle est de ces derniers dont on ne s'occupe guère s'ils ne sont l'ultime benjamin ; et ceci se solde par un sentiment d'abandon, d'infériorité et de rejet. Elle recherche inconsciemment, ce même abandon dans toutes ses relations interpersonnelles et l'obtient assez bien, d'autant plus que l'extrême agressivité engendrée par cette rude frustration est loin d'être entièrement retournée contre elle-même mais éloigne d'elle les plus bienveillants.

c) D'autre part, elle pense qu'on lui a toujours préféré sa plus jeune soeur ; il semble que cette rivalité avec elle soit un élément capital de ses troubles.

Adèle supporte mal que l'attention familiale se soit concentrée sur cette petite dernière, enfant gâtée de multiples pères et mères dont on suit les ébats et la vie avec une admiration extatique (qu'on lui reproche de ne pas partager) et qui se fait un malin plaisir de narguer sa jeune aînée avec une cruauté juvénile encouragée sournoisement par toute l'attitude familiale.

d) En même temps que sa soeur préférée lui est enlevée par le mariage, Adèle est contrainte à cohabiter avec sa cadette et un frère aîné dans un appartement citadin ; et c'est peu après, qu'elle débute sa carrière pathologique.

Cette relation à trois lui est d'emblée intolérable ; elle se sent exclue du couple réalisé par son frère et sa soeur et réduite par eux à un rôle de servante. Chargée de tenir la maison puisqu'elle est la fille aînée, elle n'en est nullement valorisée mais y voit une brimade supplémentaire.

Par ailleurs, elle nourrit - à l'égard de ce frère - une certaine affection qui est, d'ailleurs, relativement réciproque ; et c'est ainsi que sa rivalité avec sa soeur devient une jalousie amoureuse sans issue, inscrite dans un cercle relationnel limité, alors qu'elle était antérieurement incluse au sein d'inter-réactions moins individualisées et partant plus

supportables. Notons que si -après un an- un autre frère vient vivre avec le trio, sa présence ne détend nullement la situation d'Adèle, car il est de ceux avec lesquels elle n'a jamais pu s'entendre.

J - Benoît - 24 ans

Bouffée psychotique

Paranoïaque

1/ Structure familiale



- Le père est ingénieur chimiste, assez rigide et pointilleux sur les principes. C'est un bon bourgeois traditionnel, sagement protecteur de son fils.

- "La mère ? C'est Folcoche !" s'écrie le médecin qui vient d'en faire la connaissance. Très autoritaire, elle mène son époux "par le bout du nez" et le réduit à un rôle nourricier dans le foyer. Elle a présenté une psychose puerpérale à la naissance de Benoît et a toujours rejeté violemment et électivement son second enfant.

- l'oncle paternel est un petit homme "très bien" qui critique avec un vocabulaire choisi, mais sans agressivité importante, le cercle familial. Sensible et pondéré, il y joue un rôle de modérateur assez discret pour être quelquefois efficace.

- la soeur aînée, maternelle et calme, ne semble pas plus pathologique que ne le seraient les quatre plus jeunes frères et soeurs du malade.

2/ Histoire du malade

Après une scolarité un peu traînante, il a entrepris des études de physique. Il arbore le genre "très décontracté" et grâce à quelques coups de collier et à un peu de chance, il a obtenu deux certificats de licence. Il a par ailleurs des liaisons féminines qui, dit-il, ne durent jamais plus de cinq ou six mois, et qu'il ne prend jamais au sérieux ce dont il avertit d'ailleurs d'élue du moment.

Cependant sa dernière aventure - pas plus importante, pour lui, que les autres - vient de se terminer de façon fâcheuse. La soeur de sa petite amie vient avertir la famille de Benoît que celle-ci est enceinte de ses oeuvres.

La réaction du père est d'une extrême violence, et le coupable - semoncé d'importance - édifie à partir de là un système délirant relativement structuré dans lequel toute sa famille est menacée de ruine et autres sévices, tandis que lui se revalorise en tant que sauveur.

Hospitalisé à la suite d'un épisode d'agitation, il se demande pourquoi on l'a mis dans une maison de fous alors qu'il allait tenter une astucieuse combinaison pour rattraper le désastre familial. Quant à sa dulcinée, ce n'était qu'une passade, il le lui avait bien dit, elle n'avait qu'à faire attention. Il est certain que sa soeur cherche à faire du chantage à sa famille, à soutirer de l'argent à son père et à plonger tout le monde dans la misère. Du coup, d'ailleurs, on veut lui faire arrêter ses études et l'envoyer comme manoeuvre dans une grande entreprise.

L'épisode délirant s'amortit assez rapidement dans le climat protecteur de l'hôpital et grâce à quelques entretiens et aux neuroleptiques (Prochlorpémazine), on envisage une reprise des études hors du milieu familial. La personnalité du malade reste cependant fragile et il est heureux de trouver une possibilité d'appui chez son oncle et sa soeur aînée qui seront de ce fait dans la même ville que lui.

3/ Essai d'interprétation

Le rejet maternel est tellement massif qu'il domine toutes les difficultés de son fils. Elle castré frénétiquement l'aîné de ses enfants mâles et épargne les autres qui font plus ou moins bloc avec elle contre l'infortuné. Cependant le père le protège dans la mesure du possible, mais il est trop peu présent et trop dirigé par son épouse pour pouvoir être réellement efficace. Cette fixation du fils émasculé à son père n'est évidemment pas l'optimum, elle permet cependant un relatif équilibre jusqu'à l'incident.

L'épisode qui a déclenché la bouffée délirante comporte deux éléments complémentaires et étroitement intriqués :

- la prise symbolique de sa virilité fragile par sa petite amie que la grossesse a enrichie à ses dépens, et dont il refuse d'assumer la responsabilité,

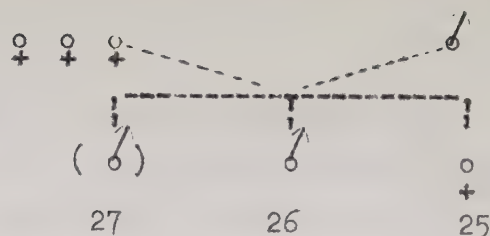
- la rupture de l'équilibre précaire que réalise la remontrance du père. Celui-ci en effet se trouve acculé à choisir entre sa femme et son fils, et craignant que la première ne puisse supporter de voir le second amnistié, il rejoint tous les membres de sa famille dans une attitude de rejet vis à vis de Benoît, qui accentue encore la frustration précitée.

Et c'est ainsi que le jeune homme extériorise un intense besoin de réassurance narcissique ; inquiet sur la réalité de sa virilité, il ne supporte pas de rester en pyjama dans le service, mais insiste pour récupérer son pantalon de ville. Le délire lui-même se structure autour de cette nécessité de revalorisation.

Dans le décours de cet épisode aigu, deux personnes jouent un rôle capital. On voit le malade se rapprocher de sa soeur aînée à laquelle il ne s'était jamais beaucoup intéressé et celle-ci, inquiétée par l'accident de son frère, s'en occupe avec constance. Il découvre ainsi en elle un substitut maternel inespéré. Par ailleurs, l'oncle paternel prend plus ou moins le relai du père, mais d'une façon moins dangereuse puisqu'il n'a sur lui aucun droit d'autorité.

Ainsi, l'on voit ici le rôle secondaire mais certain des relations collatérales dont joue la mère rejetante, mais qui finalement s'en dégagent pour réaliser un système d'accueil assez satisfaisant.

K - Gilbert - 27 ans
Hébéphrénie



1/ Structure familiale

- la mère est une anxieuse, hyperactive, plus débordée que protectrice ; nullement rejetante, elle cherche à être aiguillée et suit avec empressement et intelligence les conseils relatifs qu'on lui donne, déconcertée face à son grand fils; dès qu'il cesse d'être "un bon petit", il lui fait un peu peur.

- le père est un individu stable, déterminé, sans être autoritaire à l'excès, mais il semble un peu isolé et peu présent au sein de sa famille.

- le second fils paraît avoir toujours tenu le rôle d'aîné ; plus brillant dans ses études que son frère, il fait l'évidente admiration de sa mère. Il est le seul qui ait osé s'opposer au père dès son enfance, mais ceci sans conflits violents.

L'entente des deux frères est bonne, on ne s'est jamais servi de l'étalage des succès du second pour stimuler les efforts scolaires ou professionnels de l'aîné qui, de ce fait, l'envie un peu mais sans jalousie ni amertume.

- la soeur cadette serait aussi dépourvue de "problèmes" qu'il est possible ; bien insérée dans sa famille et son travail, elle semble effacée et bienveillante.

2/ L'histoire pathologique se révèle très insidieusement aux abords de la dix septième année du garçon qui est alors apprenti tôlier - chaudronnier. Malgré ses grandes difficultés à fournir un travail continu, il réussit son certificat d'aptitude professionnelle et c'est avec une qualification de P1 qu'il part au service militaire.

A ce moment commencent à s'élaborer ses premières idées délirantes chargées d'oppression, d'inconfort et, rarement, teintées d'érotisme. La situation se détériore progressivement et il finit par être hospitalisé.

Après de longs mois de chimiothérapie variée il demeure apragmatique, anxieux et discordant ; et ne communique que par un langage obscur, tournant autour d'un mot clef aux significations symboliques innombrables le "Lit". Autour de ce mot il construit des phrases hermétiques qui nuancent essentiellement des états de bien ou de mal être. Un assez laborieux abord psychologique permet une approche sémantique de ce terme ; après quelques mois de dialogue sibyllin, le mot garde une partie de son mystère intellectuel mais permet un contact suffisamment chargé affectivement pour que le malade renonce à son utilisation et émerge de son apragmatisme. Simultanément, il accepte de participer à diverses activités ergothérapiques et fait de rapides progrès sur tous les plans, à tel point qu'il peut reprendre son travail avec une attention suffisamment soutenue pour en assurer l'efficacité ; les rires discordants s'estompent ; il semble cependant persister un délire sous-jacent que le jeune homme ne livre ni ne critique.

3/ Essai de synthèse

La difficulté essentielle du malade au sein de sa famille paraît se situer au niveau de ses rapports avec ses père et frère. La différence d'âge minime existant entre les deux garçons permet aisément au second (à la faveur d'un avantage intellectuel) de tenir le rôle d'aîné. Un tel état de fait semble avoir amplement compromis les possibilités d'identification du patient.

La lutte opposant, sans éclats, le fils cadet à son père laisse l'aîné indécis face à ces deux images viriles qui se détruisent mutuellement : en effet, qui envier, qui admirer ? Certes pas ce père, au pouvoir menacé par un autre ; mais faut-il lui préférer ce jeune frère parricide dont le courage meurtrier est plus redouté que désiré ? Nullement. Seule demeure présente, momentanément rendue disponible par le combat des parties adverses, la mère ; cependant si les adversaires la négligent pour se la disputer, elle ne voit que le pugilat dont elle n'a point conscience d'être l'enjeu et saisit mal le besoin de protection de l'aîné qui regresse interminablement à la poursuite du "lit" symboliquement utérin.

Il est intéressant de souligner le fait que l'amélioration de

Gilbert devient rapide lorsqu'on le "pousse" pour ainsi dire dans les bras d'une figure hypervirile et unifiée dans son autorité, représentée par l'ergothérapeute du service, dont le rôle psychothérapique pourrait bien - de ce fait - l'emporter sur celui du thérapeute habituel féminin.

Par ailleurs, si les relations avec la mère paraissent excellentes, il est certain qu'il existe une sorte d'osmose de l'angoisse entre la mère et le fils, à tel point qu'une des améliorations les plus spectaculaires du malade survient peu après une époque où l'on a arrêté le travail de la mère surmenée et où l'on a eu avec elle quelques entretiens à l'occasion d'un traitement tranquillisant qu'on a dû lui prescrire.

En fait, il semble que la présence du frère ait été le principal obstacle à la réalisation d'une identification virile structurante chez ce malade.

L - Gustave 36 ans

Immaturité affective

Personnalité hystérique



1/ Structure familiale

- le père nous semble très peu présent à son foyer, et en tout cas complètement anéanti par sa femme,

- la mère, sous des dehors de brave paysanne, paraît bien l'hyper-protectrice représentante de l'ordre moral, rejetant son aîné qu'elle couve et à qui elle demande essentiellement de ne pas faire de bêtise. Elle le souhaite depuis toujours petit curé d'une petite campagne, bien castré et bien facile à posséder. Son contact est factice et l'hypersensibilité qu'elle exhibe ne correspond guère à quelque chose de vraiment enraciné.

- par recoupements, il semble que le frère du malade (de sept ans son cadet) est l'élément le plus stable de la famille, d'ailleurs heureusement marié.

- la soeur benjamine nous est présentée comme une personnalité assez avide et instable, divorcée et remariée et ceci grâce à de multiples interventions de sa mère.

2/ Histoire du malade

Il fut, jusqu'à l'âge de 7 ans, un enfant aux longs cheveux bouclés, pesamment orné par sa mère. Puis celle-ci l'orienta vers la vie religieuse et c'est ainsi qu'il passa son adolescence dans divers couvents où il était plus ou moins élève à statut particulier et enseignant mitigé d'un pion, laissant très passivement s'infiltrer en lui les perspectives d'un avenir ecclésiastique. Il n'en garde que l'impression d'une répression outrancière de toute sexualité, malgré les travaux pratiques que lui fit faire l'un de ses camarades en le sodomisant ; le tout enveloppé d'une morne sécurité. Il essayait bien de temps en temps de s'évader de cette serre chaude, mais sa mère faisait miroiter l'absence de souci qu'entraînerait pour lui la vie conventuelle et il retombait dans cet objectif, indécis et insatisfait.

On ne sait trop comment il réussit à épouser à 27 ans la fille unique d'une famille aisée... Toujours est-il qu'il espérait trouver dans la vie conjugale un dynamisme et un équilibre qui lui manquaient. La vie du couple fut un échec complet. Son épouse - par crainte d'une grossesse - avait recours à de multiples artifices de son idée et lui refusa tout rapport sexuel normal ; tant et si bien qu'après 5 ans de vie commune, il obtint l'annulation de son mariage. Il tâta, alors, pendant un an, de l'enseignement public, mais la persuation merternelle ramena l'insoumis ; elle le convainquit d'abandonner ses meubles et autres biens à ses frères et soeurs et de renouer avec les milieux cléricaux. On est frappé de voir combien -même à cette époque- ses projets conventuels n'avaient jamais évoqué pour lui le résultat d'un choix, la recherche d'une idéologie ou à l'inverse, celle d'un désengagement, mais se présentaient à lui comme un gigantesque Fatum manié par la main maternelle inéluctablement castratrice. Vint enfin le jour où l'un des supérieurs du postulant, réalisant la chose, le détourna de la vie religieuse, brisant ainsi le cercle vicieux... et l'équilibre précaire du candidat.

De menus délits qu'il fit dans son désarroi justifièrent ensuite une expertise psychiatrique, le conduisant à une hospitalisation.

Dans le service, onctueux, timide et suppliant, il frappe par son immaturité affective ; maléable et mal structuré, il présente au cours de son séjour de fréquentes crises de larmes et un épisode d'agitation hystérique.

Tranquillisé par le Diazépam, revalorisé par la prise de responsabilités au sein d'une amicale de malades, il émerge progressivement de l'ornière restant extrêmement fragile cependant.

3/ Essai de synthèse

Plusieurs faits sont patents :

a) l'image du père est trop insignifiante pour permettre une identification virile.

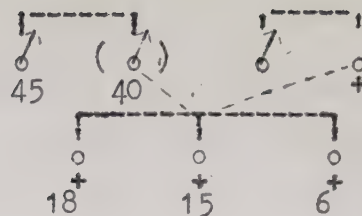
b) la mère féminise son fils et le dévirilise avec une assiduité

extrême, cependant que son attitude vis à vis des cadets est infiniment plus libérale. Il semble que la pression qu'elle exerce sur son aîné pour qu'il abandonne tout son avoir à ses cadets symbolise bien cette nécessité impérieuse de castrer l'aîné pour enrichir les benjamins.

c) l'existence de ces deux cadets sont pour notre client une perpétuelle référence, mais bien loin de s'identifier de façon structurante à ce frère plus viril que lui, il se sent spolié à son avantage et condamné à chercher un refuge contre la ligue familiale.

Ainsi tout essai d'affirmation de soi se heurtant à une douloureuse répression, il demeure passif et infantile mendiant des gratifications qu'on ne lui prodigue que chichement.

M - Jean - 40 ans
 Structure masochiste
 Syndrôme dépressif aigu



1/ Structure familiale

- la mère, autoritaire et dominatrice a su manoeuvrer habilement son fils aîné pour l'opposer à son époux, cependant qu'elle se désintéressait du cadet, réduit à l'état de "chose" dépendante.

- le père, assez passif, subissait les sévices du couple mère-fils aîné, et reportait sur le benjamin tous ses désirs de domination exacerbés par la mutilation reçue.

- le frère ne s'est pas contenté d'être le jouet de sa mère mais a su s'en libérer, ce qui lui a permis de dominer pour son propre compte les mâles de sa famille.

- l'épouse du malade, qui a entretenu un conflit tenace avec son frère aîné est féminine et nonchalante ; mais bien qu'anxieuse elle joue un rôle protecteur et bienveillant vis à vis de son époux.

- les trois filles ont été acceptées avec joie, mais malgré une vie sans histoire, sont un continuel sujet d'inquiétude pour leurs parents.

2/ Histoire pathologique

Considéré comme "nerveux" et instable, l'enfant est resté énurétique jusqu'à l'âge de treize ans, c'est-à-dire jusqu'à l'époque des fiançailles et du mariage de son frère.

Si son comportement s'est, alors, amélioré, il est resté le petit anxieux de jadis. Heureux en ménage, chef d'équipe dans un atelier de menuiserie, il demande cependant parfois aux "calmants" et tranquilisants une aide dont il se sent le besoin.

Très insidieusement et sans cause déclenchante apparente, s'installe un syndrome dépressif qui en cinq mois devient suffisamment sévère pour nécessiter une hospitalisation et une thérapeutique thymoanaleptique intensive (imipramine).

A l'entrée dans le service, ses paroles et actes traduisent un sentiment profond d'incapacité et de culpabilité, avec désintérêt pour tout, perte de l'élan vital, apragmatisme, insomnies, céphalées et idées d'autolyse.

La régression de ces troubles est spectaculaire et l'on envisage, après deux mois, de laisser le malade rentrer chez lui mais cette perspective et celle d'un déménagement de son appartement sont assez mal supportées, et cet homme retombe dans une sorte de marasme qui nécessite son maintien en milieu hospitalier.

3/ Essai d'interprétation

Il semble que le principal obstacle à la réalisation des désirs oedipiens du sujet soit son frère. Celui-ci après avoir ravi à son père, sa mère, en interdit farouchement l'accès à son cadet. Ceci engendre un conflit entre ces deux frères avec essai d'identification du second à l'aîné. Le duel se résoud en deux étapes :

- c'est d'abord le mariage du plus âgé qui laisse la mère disponible. A ce moment l'énurésie du benjamin s'arrête et son comportement s'améliore.

- c'est ensuite le mariage du plus jeune qui l'identifie à son aîné. Il déclare d'ailleurs que ce n'est que lorsqu'ils furent tous deux mariés qu'ils ont pu commencer à s'entendre. Si le couple mère-fils aîné rejette, tout en les châtrant, les deux autres individus de la famille ; ceux-ci, rapprochés dans leur impuissance établissent entre eux une relation dominant dominé réversible, calquant la structure homosexuelle du père sur celle du fils.

Ainsi, l'amour pour la mère, l'identification au frère, la fixation secondaire au père sont vécus dans un sentiment de frustration très angoissant générateur d'une agressivité importante. Les possibilités d'écouler cette énergie au dehors sont minces (si l'on excepte cette énurésie dont le malade connaît la signification belliqueuse) et elle semble être complète-

ment retournée par le malade contre lui-même, ce qui est bien une racine classique du masochisme moral avec faiblesse d'un "moi" qu'un évènement mineur parvient à désorganiser.

N - Denise - 40 ans

Névrose d'abandon

Crises d'angoisse

Manifestations hystériques

Toxicomanies multiples

	----- ----- -----		
	(♀)	♀	♂
	40	37	20

1/ Structure familiale

- le père est un homme rigide et taciturne, c'est un cheminot, travailleur qui tient bien sa place à la maison.

- la mère, brave rurale, gaie et simple, a des conceptions assez élémentaires de la vie, elle est maternelle mais point abusive et gère avec sagesse un budget très restreint.

- la soeur apparaît comme une personnalité ambiguë et peu expansive, indépendante et désinvolte.

- le frère est un jeune homme calme, ouvert, c'est un bon technicien actif et conscient.

2/ Histoire de la malade

Peu après la naissance de sa cadette, Denise part faire un long séjour hospitalier pour un mal de Pott dorsolombaire. Elle garde le souvenir de ce départ, escortée par une mère en larmes et un père tellement inexpressif qu'elle a pensé qu'il l'abandonnait.

Pendant sept ans, elle ne fait que de brefs séjours dans sa famille, dans l'intervalle des longues périodes de cure qu'elle subit dans différentes maisons. Elle assiste alors au règne de sa soeur qui la considère comme une intruse dans ce milieu familial dont elle est habituellement le centre.

Le retour de Denise dans son milieu familial n'améliore en rien sa position ; la rivalité des deux soeurs prend des proportions démesurées. A cette époque, avec un gros retard, la malade entre à l'école primaire. Puis, après l'obtention de son certificat d'études, elle travaille quelques années dans un bureau avant d'entreprendre des études d'infirmière qu'elle mène à bien malgré de très grosses difficultés. Elle retrouve le milieu sanatorial pendant quelques années, mais pas comme malade, cette fois. Il semble que si elle s'adapte aisément à la vie professionnelle et sait se faire apprécier

des malades comme des médecins et de ses collègues, le reste de sa vie sociale porte déjà la marque de son avidité considérable. Son attitude séductrice, enjouée et gaie lui attire la multitude d'amis qui lui est indispensable. Ils supportent assez bien sa possessivité qui ne leur est pas encore pesante, sont parfois un peu étonnés de certains traits de caractère déconcertants. On voit en elle - comme elle le souhaite - une originale, un peu "fille des bois" qui vitupère contre la civilisation et fait preuve d'un idéalisme attachant. Aussi, personne n'est surpris de la voir partir à vingt sept ans en Afrique du Nord. Elle peut alors déployer une activité considérable, dans un service d'enfants brûlés, mal desservi. Elle découvre aussi les plaisirs et les secrets de la médina, des soirées et nuits orgiaques et surtout de la drogue (dérivés de l'opium, du chanvre et cocaïne).

Il est difficile de savoir si l'univers de mille et une nuits qu'elle dit avoir vécu pendant ces douze années représente vraiment une période de bien être intérieur et même de bonheur. A-t-elle pu combler son extrême appétence dans une vie sexuelle effrénée, des amours homo et hétérosexuelle aussi passionnées qu'anarchiques qu'absolvait l'usage immodéré du Kif? elle le prétend ; pourtant elle décide assez subitement d'abandonner ses paradis artificiels et rentre en France. On assiste alors à de multiples épisodes dramatiques mobilisant de nombreux témoins qui deviennent un peu malgré eux, les acteurs impuissants d'une gigantesque fantasmagorie.

Le sevrage toxicomane est obtenu aisément lors d'un court séjour en clinique, mais cette infirmière "modèle" privée de la béquille de la drogue, présente des crises d'angoisse nocturne et des manifestations hystériques spectaculaires qu'améliore un peu un traitement antidépresseur (Iproriazide) et tranquilisant (Chlordiazépoxyde). C'est aussi grâce au soutien que lui procurent ses nombreux "amis" et médecins qu'elle dévore sans retenue, cette fois, mais aussi sans satiété, qu'elle passe une année relativement bonne, jusqu'au jour où elle retrouve dans un placard des pains de haschich dont elle avait oublié l'existence. Elle retombe dans des habitudes qui lui procurent un soulagement passager mais aussi une nouvelle angoisse, car l'approvisionnement en produits naturels est difficile en France, même en utilisant le marché noir de la drogue dont elle connaît les

secrets et les milieux sordides. Certes, elle peut se procurer des produits synthétiques (Péthidine en particulier) car au vu de sa bonne mine, les médecins n'hésitent guère à utiliser leur carnet à souche, lorsqu'elle invoque des douleurs variées et intolérables. Vient cependant le jour où avec l'augmentation progressive des doses efficaces, elle ne parvient plus - malgré, des économies minutieuses, à satisfaire son besoin. Elle s'impose des épisodes de suppression puis - dès que l'état de besoin devient insupportable - absorbe des cocktails aussi variés que massifs. C'est ainsi que - pendant quelques jours - la stupeur héroïque alterne avec le délire haschichique, lors duquel elle vit des impressions colorées et des satisfactions libidineuses, avant un réveil angoissé pendant lequel elle se taille les mains au rasoir, avant de retomber en liquidant sa dose de péthidine dans une somnolence morne.

Ses voisins, ameutés, sont effrayés par le spectacle horrible de cette grosse petite femme étendue en sueur au milieu de senteurs étranges dans un désordre sanglant de chiffons, verres cassés, et lames de rasoir où ses membres blessés et un chien noir qui se cabre aux hurlements de sa maîtresse créent une atmosphère kafkaenne. A partir de cette époque, les hospitalisations se succèdent, mais c'est aussi la mobilisation d'une masse humaine considérable ; plusieurs dizaines de médecins, un grand nombre de personnes les plus diverses répondent à ses appels suppliants, et chacun, déconcerté, horrifié par l'attitude qu'il suppose sadique de ses prédécesseurs dépasse souvent sa mesure habituelle et se fourvoie dans cette oralité à peine croyable. Elle est, dit l'un des psychiatres qui l'a connue, comme le Sphinx au désert qui voit passer un homme, se jette sur lui, le dévore, laisse un tas d'os, et, aussi affamé qu'avant, attend la victime suivante.

3/ Essai d'interprétation

Les manifestations pathologiques très variées se greffent sur une structure abandonnique particulièrement nette avec ses deux faces.

- sentiment d'abandon qui exige des gratifications abondantes et se traduit par une avidité affective orale considérable.

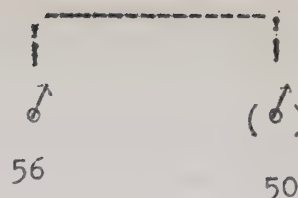
- répétition de la situation traumatique originelle et douloureux

triomphe agressif de la malade qui parvient toujours à se faire rejeter par ceux qu'elle a tyrannisés avec ses exigences.

Dans l'enfance de la patiente, il semble que l'abandon que constituèrent les nombreux séjours extra-familiaux ait été catalysé par la présence de la soeur cadette qui occupait en son absence la place qu'elle aurait désirée et qui lui était due, et qui lors des retours à la maison lui était une perpétuelle rivale, tant pour la conquête de son père, que pour la satisfaction des besoins affectifs que la maladie et les frustrations antérieures avaient engendrés. La vie en famille fut - de ce fait - infiniment plus pénible pour Denise que les années précédentes. Les heurts perpétuels des deux soeurs ont d'ailleurs laissé persister entre elles après des années de séparation une inimité tenace, bien que le très jeune frère ait pu parfois réaliser une sorte de communion de ses parents et soeurs penchés affectueusement sur lui.

Ainsi toute la vie de cette malade est une recherche de cet amour dont la maladie et sa soeur l'ont privée, et qu'elle détruit dès qu'il semble surgir.

0 - Joseph - 50 ans
Terrain anxieux
dépression anxieuse



1/ Structure familiale

- le père, d'origine italienne, est venu en France, coupé d'une famille dont on ignore la composition, il est mort lorsque son second fils avait six ans et celui-ci n'en garde aucun souvenir.

- la mère, plus indépendante qu'autoritaire a donc élevé seule ses enfants ; italienne, elle aussi, elle a toujours gardé des rapports excellents avec sa famille ; d'après le malade sa préférence était marquée envers son fils aîné.

- le frère n'aurait guère payé de retour sa mère, lui manifestant souvent une nette agressivité, cependant que son cadet cherchait - sans grande efficacité - à défendre l'opprimée. Ce frère très indépendant devait se marier très jeune, quittant une famille dans laquelle il n'avait guère été présent et laissant à son cadet l'entière possession de la mère qui vécut avec lui presque jusqu'à sa mort.

- l'épouse, beaucoup plus stable que son mari, qui est de deux ans plus jeune qu'elle, accepte, aisément son autorité discrète.

- la fille de ce couple, très tendre envers son père, est hyperprotégée par des parents que la moindre bricole inquiète.

2/ Histoire du malade

A l'âge de 12 ans, l'enfant est resté seul avec sa mère, il est tellement fixé à cette mère, qu'il ne se marie avec la personne qu'il "fréquentait" régulièrement depuis dix huit ans que lorsque survient une grossesse ; jusque là les noces étaient toujours différées pour des motifs futiles. Peu après la légalisation de la situation, la mère quitte le couple et va finir - rapidement - ses jours dans un hospice. A cette occasion, notre patient fait son premier épisode dépressif, qui s'amende rapidement.

Actuellement, l'entente conjugale semble excellente, la petite fille de douze ans donne toutes satisfactions à ses parents.

Cet homme à structure dépressive est hospitalisé pour des insomnies avec pleurs, asthénie, sentiment de culpabilité sur lesquels se greffent de réelles crises d'angoisse d'intensité modérée.

Il explique cela par des soucis financiers et un traitement pour une affection somatique avec antibiotiques et corticoïdes.

L'épisode aigu est rapidement amélioré par une thérapeutique anti-dépressive (triméprimine) et tranquillisante (diazepam) cependant que la structure de base persiste évidemment inchangée.

3/ Essai de synthèse

L'absence de père fut certainement l'handicap fondamental de ce malade. Son frère était trop jeune pour jouer ce rôle de façon satisfaisante; cependant qu'il demeurerait un rival redoutable pour la possession de la mère.

La fixation extrême du malade à sa mère est signée par son impossibilité de s'en séparer sans y être contraint par des circonstances impératives et par l'actualité de la frustration entraînée par sa perte, laissant - après dix ans - inachevé le travail de deuil.

Si aimée qu'elle soit, la mère était également détestée ; la préférence - réelle ou fantasmatique - dont le cadet estime qu'elle gratifiait son aîné, fut à l'origine d'une agressivité considérable qu'il détourna de son but et plaça sur son frère et sur lui-même, ce qui lui permit de ne saisir consciemment en sa mère qu'un bon objet aveuglé par un fils aîné trop habile dont le mariage vint enfin les délivrer.

Cependant l'introjection agressive inconsciente de l'objet aimé semble bien le fond de sa structure dépressive.

Il s'agit donc d'une mauvaise liquidation de l'oedipe avec . rivalité virile importante sans contrepartie structurante.

IV - QUELQUES VARIATIONS SUR LE THEME DE LA FRATRIE

Introduction

Si l'alchimiste incube, en son fourneau cosmique, le mélange disparate de ces données sociologiques, statistiques et cliniques imiscibles, il risque fort de ne sortir jamais de l'oeuf philosophal la pierre synthétique qu'il escomptait. Le voilà donc contraint à ébaucher divers chemine-ments, au péril peut-être de la connaissance scientifique dont il risque de se targuer, s'il a lu Claude Bernard, et médité Descartes ou A. Comte. Mais s'il entend Erasme (14) lui déclarer que "les fous ont seuls le privilège de la vérité qui n'offense pas" il osera risquer les hypothèses, élaborer les convergences et tenter de conclure à partir de prémices avortées.

C'est ainsi que nous nous permettrons d'envisager quelques aspects des problèmes de Fratries.

1 - Approche Phénoménologique

A la suite de Husserl qui ordonnait à la phénoménologie naissante d'être une "psychologie descriptive", nous esquisserons ici le "vécu" de la relation fraternelle "sans aucun égard à sa genèse psychologique et aux explications causales" comme le précise Merleau-Ponty (36)

"L'homme est au monde, c'est dans le monde qu'il se connaît" pose ce penseur qui envisage l'importance du microcosme familial, lorsqu'il déclare : "Pour que la lutte puisse commencer, pour que chaque conscience puisse soupçonner les présences étrangères qu'elle nie, il faut qu'elles aient un terrain commun et qu'elles se souviennent de leur coexistence paisible dans le monde de l'enfant".

A - La famille est le premier milieu relationnel

- elle permet la découverte de l'altérité : quand se scinde la dyade originelle mère-enfant, dissoute dans l'environnement familial, les frères et soeurs sont là, comme le père, inclus dans les franges de la conscience infantile primitive des autres. Ces proches sont pour l'enfant, après sa mère, les premiers objets d'expérience : il apprend à déchiffrer leur conduite, à les différencier entre eux et à ressentir par eux toute la gamme des émois humains (amour, haine, désir ou indifférence) et ceci l'achemine vers la conscience de soi.

- "la connaissance de soi par soi est indirecte, elle est une construction, il me faut déchiffrer ma conduite, comme je déchiffre celle de l'autre" est-il écrit dans "les sciences de l'homme et la phénoménologie".

La manière dont se pense l'enfant est d'abord celle dont il se sent "vécu" par ces autres ; c'est dire l'importance de leur attitude pour tout le comportement intime ultérieur de celui à qui ils réfléchissent sa première image. Il semble, par exemple, qu'ils puissent induire, par un rejet écrasant ou un recul critique, un devenir masochiste ou sadique chez celui à qui ils les infligent.

- la connaissance objective de soi, par ce qu'on devine du regard de l'autre, implique l'existence d'une subjectivité d'autrui dont l'acceptation sans autolyse psychologique est, selon Sartre, (47) essentielle pour que soit possible la création de liens interpersonnels normaux. Dans cette optique, le milieu familial apparaît bien comme le moule de l'attitude sociale de l'homme.

B - La famille est la communauté première

- Elle est d'abord le "Nous-sujet", collectivité anonyme, indéfinie et mal limitée, où s'expérimente la présence, l'"Être avec". Cette sensation est sans doute précoce mais elle ne peut atteindre sa plénitude que dans une rétrospective tardive, postérieure à la découverte de l'altérité.

- Elle devient le "Nous-objet" quand s'élargit le cercle relationnel de l'enfant, pour qui, sous le regard de l'étranger, la famille se découvre cellule ; cependant que se scellent sa cohésion et son originalité.

- Au sein de cette communauté, se différencient des classes : les enfants par rapport aux parents, les garçons par rapport aux filles, les grands par rapport aux petits, et même les bons par rapport aux méchants et un nombre infini de catégories, impliquant des rôles et, partant, un devenir sociologique.

C - Vécu fraternel et psychopathologie

a) Face à des frères et sœurs

- l'enfant peut faire une expérience riche et nuancée de l'altérité,

- il peut aussi acquérir une connaissance complexe de lui-même, grâce à la plus grande variété des regards qu'il sent braqués sur lui,

- mais, si cette multiplication des contacts peut avoir la plus heureuse influence sur l'enfant, elle peut réaliser un cumul écrasant d'hostilités susceptibles de ne lui réfléchir qu'un sentiment généralisé de son impuissance à être. Ou encore, elle peut l'écarteler par son polymorphisme et le laisser, indéterminé, déchiré et ambivalent.

b) Avec ses frères et sœurs, l'enfant fait partie de la communauté familiale dont l'accroissement numérique donne lieu à deux ordres de sentiments :

1 - l'insertion d'un nouvel enfant est toujours vécue, ainsi que l'écrit Bastide (3a), comme une intrusion, qui bouleverse le "Nous" familial.

- l'enfant unique ressent, plus douloureusement sans doute qu'aucun autre, la brutale dilatation de la cellule familiale que réalise la naissance d'un puiné. Si la fratrie reste limitée à deux membres, cette situation traumatique peut se prolonger, insoluble, au cours de son enfance et de son adolescence. (Cela pourrait expliquer, en partie, l'inégalité du risque morbide psychiatrique, constatée dans les fratries de deux, entre l'aîné et le cadet).

- par contre, la dislocation de la communauté familiale est ressentie moins brutalement, pour la naissance des enfants suivants, soit par l'aîné, soit par un intermédiaire ; la répétition de l'intrusion, sa survenue dans un milieu moins restreint semblent en faciliter l'acceptation (cela paraît en rapport avec le nivellement des risques pathologiques observés entre tous les enfants des familles nombreuses).

- l'intrus, lui-même, vit le contrecoup du désarroi qu'il a engendré et que lui réfléchit l'attitude familiale à son endroit. Il peut ainsi, par exemple, être investi bourreau de ses aînés ou, plus souvent, être écrasé par leur refus.

2 - Le nouveau venu n'est pas seulement un intrus, il est aussi un enrichissement de la collectivité familiale, un peu son fruit commun ; il la valorise par sa présence ; et si elle parvient à un réajustement de sa conscience de "Nous", elle peut se refaire plus amplement fusionnelle, sous le regard admiratif de l'étranger qui la voit prospérer.

En même temps, le groupe des enfants peut, face au couple parental, se libérer grâce à sa force de masse, de la présence écrasante de l'adulte, tandis que les heurts des individualités enfantines peuvent se dissoudre dans un anonymat fraternel croissant.

On constate le fréquent renforcement de la cohésion fraternelle, lorsque le couple parental est dissocié ou rejetant. La fratrie joue alors un rôle protecteur évident, que l'observation clinique permet de souligner. (cas de Nicole C)

c) un asynchronisme pathogène de sa conscience de soi peut se rencontrer chez l'enfant qui est à la fois "Moi" face à ses frères et soeurs et "Nous" avec eux.

C'est par exemple, le problème de l'étudiant dans une famille ouvrière, ou de l'adolescent peu doué dans une famille d'intellectuels.

Il existe, là, une sorte de distorsion entre deux vécus incompatibles qui a été rencontrée chez certains malades dont on a parlé plus haut. (Eric H, Adèle I)

D - Remarques .

- Le vécu peut demeurer postérieur à l'évènement et c'est ainsi que la naissance du frère peut laisser persister le sentiment d'intrusion ; ou que, bien après la cohabitation fraternelle, certains objets restent chargés d'une évocation de "chez Nous" qui scèle le lien communautaire.

- si la connaissance de la famille (parents, frères, soeurs, voire grands-parents, ou oncle, ou tante, habitant sous le même toit que l'enfant) est antérieure dans le temps à la découverte de toute autre collectivité, elle demeure pendant la période scolaire, au moins, et souvent bien au delà, la communauté continue à laquelle on se réfère sans cesse ; et il semble que sa signification reste unique, au-delà de l'espace et du temps, tout au long de la vie de l'adulte.

E - Nous concluons cet exposé trop schématique, en insistant sur le rôle fondamental que joue le "vécu" des relations familiales et, entre autres, fraternelles dans le devenir psychologique sain ou pathologique d'un individu. La "Normalité" n'implique-t-elle pas la capacité d'établir des relations intersubjectives et même celle de savoir goûter le bonheur du contact fusionnel ?

Mais de même que des immensités thalassales, Ferenczi (15) voit émerger les diversités individuelles, il nous faut quitter l'univers estompé des sensations pour esquisser l'éclatement des différenciations intra-familiales.

2 - Un aspect psychosociologique : le jeu des rôles

Le rôle, écrit K. Young, est "le modèle et le type de conduite qu'adopte un enfant (ou un adulte) en se fondant sur ce que les autres attendent et désirent de lui" (54). Si Linton "réduit le rôle à un complexe de droits et de devoirs", Daval estime que ce n'est "pas seulement un système d'obligations mais un déroulement et un enchaînement de gestes" (10).

"La prise des rôles dans la famille a une profonde et permanente influence sur la personne" écrivent Burgess and Locke (5), qui pensent que les caractères psychologiques d'un individu "ne sont acquis ni par une inculcation venue des parents, ni par leur imitation et qu'ils ne sont pas non plus une réponse immédiate de l'enfant à l'attente de ses parents, mais qu'ils proviennent pourtant des interactions sociales qui existent entre un enfant et ses parents, frères et soeurs. Ces caractères semblent être fixés tôt dans la vie et se développent à partir des traits établis précocement. On présume que l'expérience ultérieure ne peut pas les modifier radicalement. Pourtant le désir des parents que les rôles joués soient approuvés et conformes aux normes culturelles prévalentes peut affecter indirectement le conditionnement de la personnalité tandis qu'elle prend forme au sein des interactions familiales".

Il est, certes, classique, dans la société familiale, que les parents attendent de leurs enfants un comportement déterminé, conforme aux habitudes de leur milieu culturel, toujours riche en préjugés et en routines que viennent parfois bouleverser des initiatives périlleuses qui ne sont souvent que le fruit d'engouements modernistes aveugles.

La réponse de l'élue à cette invite impérative peut schématiquement suivre quatre pistes :

A - L'enfant ne rentre pas dans le jeu et le rôle qu'on lui proposait est rempli par l'un de ses collatéraux.

B - Il adhère mal à ce moule préfabriqué et ne parvient ni à s'y conformer, ni à s'en libérer.

C - Il se laisse passivement conduire par le désir des autres et reste prisonnier de leurs normes : il est un masque ; mais sous ce masque, il n'est personne.

D - Il s'adapte au rôle proposé tout en le modifiant à son gré avec une certaine aisance ; il peut même dépasser tous les espoirs que l'on mettait en lui et hypertrophier son rôle.

Dans une fratrie, chaque enfant est appelé à jouer un rôle plus ou moins différencié

a) Mais il semble que l'attente familiale concerne d'abord certaines positions stratégiques :

- l'aîné est classiquement celui qui doit donner le bon exemple, celui qui, dès qu'il a un cadet, est ~~ipso~~-ipso-facto - un "grand", nanti de raison, sagesse, esprit d'abnégation, celui qui peut bien (comme ses parents!) se priver un peu pour lui.

Le plus âgé des garçons est, en outre, le premier espoir de la famille, celui qu'on élève avec minutie, que l'on pousse dans les études ou qu'on associe tôt au labeur paternel. Il doit faire honneur aux siens, car -si la loi ne le favorise pas comme jadis- il demeure un peu "l'héritier" et doit être prêt à faire face à cette tâche lourde mais valorisante (les observateurs qui sont unanimes à relever le fort taux des réussites intellectuelles chez les aînés, attribuent souvent ce fait aux exigences extrêmes qu'ont les parents vis à vis du premier de leurs enfants).

Ce fils peut être, en outre, appelé à suppléer au père, à participer à l'éducation de ses cadets et parfois à aider au financement de leurs études.

La fille aînée doit souvent jouer un rôle de mère de famille et cela va de l'aide ménagère occasionnelle à un accaparement complet de son temps, au mépris absolu de ses désirs personnels et de son devenir. Le décès de la mère peut même lui imposer le devoir de la remplacer auprès de son père et de ses cadets, jusqu'à ce qu'ils soient établis.

Cette souvent lourde accumulation de devoirs donne en contrepartie à l'aîné des droits d'autorité vis à vis des cadets. Son rôle peut même être extrêmement valorisant et il arrive qu'un certain despotisme soit pour lui très gratifiant. Toujours est-il qu'il acquiert, mieux qu'un autre, autonomie et goût des responsabilités (ce que Toman a souligné). Parmi les difficultés que peut rencontrer un aîné dans sa famille, il en est qui semblent liées spécifiquement à une inadaptation au rôle qui lui est proposé :

La "pathologie du rôle d'aîné" peut suivre l'une des modalités précitées et nous allons en donner quelques exemples :

Gilbert K, dont nous avons parlé, n'a jamais pu jouer ce rôle et l'a laissé à son cadet, non sans un certain malaise.

Marc D. devait hériter de la dilection de son père pour les mathématiques et subissait sa sollicitude tyrannique cependant que les cadets avaient le droit d'aller leur train ; et l'on a vu le comportement caractériel qui en a résulté.

Gustave L. s'est laissé totalement enfoncer par le rôle qu'on lui proposait : le devoir d'être clerc, et n'a pu ni l'assumer, ni s'en libérer (la cléricature étant ici impliquée par l'aïnesse).

Une schizophrène ancienne, fortement obsessionnelle émaillait ses entretiens psychothérapiques de doléances concernant les lourdes obligations qu'elle avait dû exercer vis à vis de ses quatre benjamins pour secourir une mère débordée.

On nous a cité le cas d'un adolescent qui, après le décès de son aîné, n'a pu assumer le rôle d'aîné : qui lui revenait et y a répondu par un effondrement névrotique sévère.

A travers l'histoire de Eric H, on voit se profiler les conséquences sur un puîné du comportement d'un aîné trop à l'aise dans son rôle qu'il a assumé en l'hypertrophiant considérablement.

A l'autre extrémité de l'échelle familiale :

- le dernier-né a, lui aussi, un rôle à jouer : puisqu'il est le "plus petit", il doit rester "le petit". On le considère facilement comme

plus jeune qu'il n'est et on le maintient volontiers tel. S'il est parfois (moins souvent qu'il est classique de le penser) très choyé, il est fréquemment, ce petit être fragile - dès qu'on cesse de le gâter - un tarâillon guère intéressant. On ne le désirait peut-être pas tellement ; il est en surnombre, alors il pousse tout seul, tant bien que mal ; ses aînés font son éducation ; on est d'ailleurs habitué à voir grandir les enfants ; "petits enfants, petits soucis" dit la sagesse populaire qui ajoute : "grands enfants, grands soucis". Les parents, accaparés par les examens, la mise au travail, les premiers flirts des aînés, peuvent laisser ce dernier suivre le mouvement : il est passé, le temps des extases pour un premier pas, des angoisses pour le moindre rhume...

On y tient pourtant à ce benjamin, pourvu qu'il reste assez longtemps ! qu'il occupe un peu les vieux jours de ses parents !

Rôle d'enfant et parfois d'exclusion, rôle filial, vis à vis de parents mûrissants semblent l'apanage du benjamin qui - bien qu'il soit officiellement le préféré - voit partir ses aînés qui ont bien l'air de l'oublier, cependant que l'attitude des parents peut se fixer en une hyperprotection lasse.

Certes, cette discription est un peu caricaturale, pourtant les benjamins ont aussi leur pathologie :

Certains supportent trop bien l'hyperprotection dont ils sont l'objet, et l'on en voit qui - lorsque vient l'âge de l'autonomie, quand la vie exige d'eux la prise de responsabilités - se décompensent, comme c'est un peu le cas pour Jean M.

D'autres ne sortent jamais de l'infériorisation et du rejet dont ils ont été victimes. L'un d'entre eux nous a raconté "Poil de Carotte...(43).

Certains supportent mal leur rôle de benjamin et incapables de s'en libérer présentent toutes sortes de troubles névrotiques, tel cet adolescent de quatorze ans, hospitalisé pour des troubles de la mémoire et du comportement et que l'on a découvert anxieux et immaturé du point de vue affectif. Il était le dernier d'une fratrie de cinq garçons et sa mère avait coutume de le prendre sur ses genoux et de l'appeler "ma fille".

- ceci nous conduit à effleurer la question des rôles de garçons et filles. C'est la copie souvent assez fidèle des rôles de mari et femme que les parents tiennent l'un en face de l'autre. Dans le cas d'une fratrie mixte la pathologie fraterne pourra être calquée sur la pathologie du couple. Par ailleurs, si tous les enfants sont de même sexe, il est possible (comme c'est le cas dans l'exemple que nous venons de citer) que l'un des membres de la fratrie doive jouer le rôle du sexe inverse.

b) A côté de ces rôles classiques, on peut en concevoir une multitude d'autres. Signalons en seulement quelques uns

Au sein de la famille, peuvent se créer des groupuscules dans lesquels se répartissent les rôles précités. Certains de ces groupuscules peuvent même avoir un rôle de groupe : les grands, les petits, les deux inséparables, les terribles...

- il y a aussi les rôles des "sans rôle" et il semble que ce soit de façon assez typique le problème d'Adèle I. et de nombre d'enfants intermédiaires qui sont un peu des laissés pour compte ; ils n'ont ni les satisfactions des aînés, ni celles des benjamins.

Burgess et Locke insistent aussi, sur la répartition dans la famille des bons et des méchants qui sont souvent incrustés dans des rôles assez factices qui les font "enfant modèle" ou "brebis gâleuse".

Enfin, sur un mode ludique, Témoin souvent d'une réalité profonde, les enfants copient divers membres de leur famille et Mead insiste sur la reproduction des attitudes parentales. (35)

o

o o

La famille est habituellement le théâtre dans lequel chacun apprend à jouer son rôle.

Sorti du milieu originel, l'homme restera toujours celui qu'il a appris à être : et c'est ainsi que la clinique peut rencontrer :

- soit des malades qui, dans leur famille, sont mal adaptés à leur rôle ou trop bien adaptés à un rôle pathologique,

- soit des malades incapables de dépasser ce rôle lorsqu'un milieu extra-familial l'exige d'eux.

Et si le "rôle d'enfant" est pratiquement le seul que puisse jouer avec ses parents leur unique descendant ; l'accroissement de la famille multiplie les rôles et c'est une arme à double tranchant dont il est bien difficile de systématiser les effets en pathologie mentale. Mais il semble que - parmi les multiples facteurs étiologiques à envisager - la "pathologie de rôle" puisse trouver sa place.

Après cet exposé statique de quelques problèmes de "rôle" rencontrés dans une fratrie, il nous reste - conformément à nos préambules - à envisager la question des interactions qui déterminent ces rôles tout en découlant d'eux.

3 - Perspectives Psychodynamiques

1/ Le point de vue d'Ackerman est le fruit d'une solide expérience de la psychiatrie familiale et d'un désir de systématisation claire. Aussi nous nous bornerons à traduire quelques passages de l'un de ses derniers ouvrages (1).

Il se place d'emblée dans les perspectives d'un "diagnostic familial" et estime que "dans une telle entreprise, les dimensions de la pensée diagnostique s'étendent au delà des limites de l'économie interne de la personnalité, comme pour embrasser trois niveaux entrelacés de processus :

- ce qui se passe à l'intérieur de l'individu
- ce qui se passe entre cet individu et les autres membres de sa famille
- le tableau psychosociologique d'ensemble de la famille ."

Puis il propose "des fils directeurs susceptibles de répondre de la dynamique du fonctionnement familial" et il cite les entités suivantes :

"(1) l'identité psychologique qui inclut et ajoute des efforts, des espoirs et des valeurs,

(2) la stabilité du comportement qui implique :

- a) la continuité de l'identité au cours du temps,
- b) le contrôle des conflits,
- c) la capacité de changer, d'apprendre, de se développer et de s'adapter - tout en se complétant - à un nouveau rôle relationnel".

A - "L'identité psychologique d'un individu ou d'un couple, ou d'un groupe familial, représente son centre de gravité psychologique. L'image de soi et celle de sa famille sont dans une dépendance réciproque. A chaque stade du développement, l'identité personnelle est liée d'une manière particulière à l'identité des parents et de la famille, à partir de laquelle elle se différencie. Cette alliance commence avec la symbiose du couple mère-enfant. Elle est modelée par les processus d'identification primaire de l'enfant et des parents et elle subit des modifications ulté-

rieures lorsque l'enfant acquiert graduellement son autonomie et étend ses relations à d'autres membres de sa famille. L'organisation de l'identité personnelle est, à chaque moment, l'abrégé de l'identité familiale correspondante".

B - "L'identité psychologique et la stabilité du comportement doivent être considérées simultanément. L'évolution de l'identité de l'individu, du couple familial et du groupe familial à travers le temps ne peut trouver son aboutissement en un concept limpide que si nous l'envisageons en parallèle avec la stabilité des fonctions familiales (...) Une telle stabilité peut être maintenue ~~sur la base~~ d'un modèle relativement statique ou rigide des rôles familiaux réciproques, ou sur la base d'une aptitude plus flexible à évoluer pour atteindre un niveau nouveau et imprévu de réciprocité (...) La réceptivité à une expérience nouvelle, la capacité d'apprendre et de se développer est l'aspect le plus ouvert, le plus aventureux de l'adaptation à la vie". Mais le parachèvement de la stabilité est fonction d'une "aptitude à se mesurer à des conflits. Le contrôle de conflits est une dimension spéciale des relations de l'individu et de la famille. L'impuissance à trouver une solution effective conduit à l'écroulement de l'équilibre et à la pathologie émotionnelle".

C - En bref, ces fonctions d'identité et de stabilité sont les grands facteurs de continuité et d'évolution, tant sur le plan de l'individu que sur celui du couple ou du groupe social.

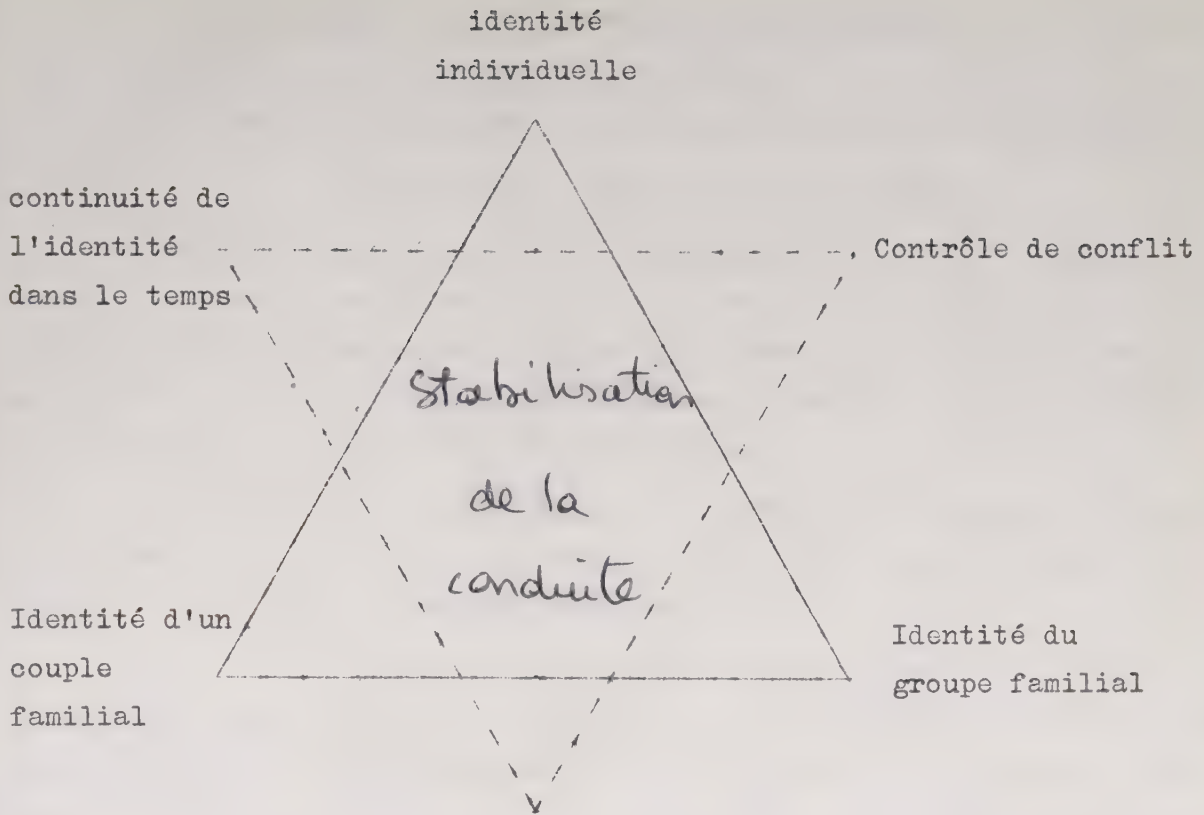
Ackerman les schématise ainsi :

"les inter-relations dynamiques entre l'identité

- de l'individu autonome
- des couples familiaux et
- des groupes familiaux

sont influencées par

- . l'aptitude à maintenir l'identité à travers le temps,
- . l'aptitude à s'adapter au changement, à s'instruire et à se développer,
- . l'aptitude à contrôler un conflit".



"aptitude à changer, à apprendre, à se développer et à s'adapter
- tout en se complétant - à un nouveau rôle relationnel"

2/ Le "Mental Research Institute" de Palo Alto, en Californie, nous offre, lui aussi, une conception d'ensemble de la dynamique familiale :

A - C'est Don Jackson (25a) qui a le premier parlé d'homéostasie familiale, considérant ainsi la famille comme un système ou un organisme au sein duquel se maintiennent certaines constantes. Il dépasse ainsi les conceptions psychologiques individualistes ; et c'est à ce dépassement, à sa systématisation et à son utilisation thérapeutique, que s'emploie :

B - La théorie des Communications (53):

- elle pose que "les relations sont l'étoffe dont sont faites toutes nos expériences. Elles sont des fonctions et non des entités séparables".

- elle s'édifie à partir de trois postulats :

. "on ne peut pas ne pas communiquer" (même par le silence !)

. la communication humaine est un phénomène complexe, qui se situe bien au-delà de la seule expression verbale ;

. "le message envoyé n'est pas obligatoirement le message reçu"

- elle admet deux types de relations :

. symétrique, dans laquelle les partenaires "demandent l'égalité à travers le message que caractérise leur comportement". Dans le cas d'une symétrie optimum, chaque partenaire se sent libre d'être lui-même, et sait qu'il sera accepté et respecté par l'autre. Cependant "la relation symétrique a toujours le caractère d'une compétition."

. complémentaire, dans laquelle "les partenaires occupent des positions complémentaires l'une par rapport à l'autre"; (sans qu'il s'agisse d'une inégalité ontologique ou morale, d'ailleurs.)

"Nous pouvons établir rationnellement, poursuit Watzlawick, qu'une relation stable et saine doit avoir à la fois les composantes symétrie et complémentarité et qu'elles peuvent s'inverser dans le temps et suivant le domaine de compétences" dans lequel elles jouent.

A travers les deux conceptions précitées, nous voyons se dessiner la famille comme un ensemble structural complexe, qui peut avoir une réelle stabilité, une sorte de santé, qui se règle selon des processus physiologiques, encore mal connus ; mais qui peut aussi se comporter comme un organisme malade, et c'est ce que nous allons voir maintenant.

3/ L'homéostasie en péril ! maladies de l'adaptation

La physiologie animale nous fournit de magnifiques exemples de régulation des grandes constantes biologiques ; l'équilibre interne peut être cependant menacé par les agressions les plus variées. Au-delà des atteintes spécifiques, Sleyé (49) a entrepris l'étude des manifestations plus générales qui sont une réponse adéquate, ou inadéquate, de l'organisme tout entier à l'attaque pathogène de l'agent dit "stressant".

Un essai de transposition de ces données d'ordre somatique dans le domaine psychologique peut dépasser l'analogie et se fonder sur leur profonde unité dans leur commune appartenance biologique.

L'identité et la stabilité des personnes, couples et famille que décrit Ackerman, garanties par les trois processus qu'il cite, se situent dans un réseau d'inter-relations complexes qui réalisent (selon Burgess et Locke) "un tissu de forces centripètes d'identification et d'attraction, et de forces centrifuges de différenciation et répulsion. Généralement il existe une dominance des forces d'identification sur celles de différenciation" et il semble que l'équilibre de ces forces conditionne et même définisse l'homéostasie du milieu familial ; en effet, si les forces centrifuges l'emportent, c'est comme la désintégration de la famille. A l'opposé, le maintien de l'homéostasie à tout prix peut être un impératif rigide et très dangereux pour certains des membres de la famille, et peut-être même, en retour, pour son ensemble.

a) de multiples événements peuvent entraîner une perturbation aigüe ou chronique concernant l'un des domaines énumérés par Ackerman :

- parmi les agents de perturbation aigüe, on peut citer la naissance, le décès, la maladie, le départ, le succès ou l'échec professionnel d'un membre de la famille, le surmenage paternel, la ménopause maternelle, la rébellion pubertaire d'un adolescent ; une brusque mésentente surgissant entre deux personnes, à propos de n'importe quoi ou un fait affectant l'ensemble de la famille (revers financier, calomnies, déménagement...)

- on peut aussi parler de perturbations chroniques patentées au sein d'une famille : mésentente conjugale, maladie au long cours de l'un des éléments et surtout difficultés psychologiques de l'un des parents.

- un type particulier de perturbations, qui peut d'ailleurs recouper les précédents, est réalisé par les situations de "double bind"(4), dans lesquelles une ou plusieurs personnes de la famille "communiquent" à

une ou plusieurs autres des injonctions contradictoires, de façon répétée ou constante ; la non satisfaction à l'un de ces impératifs, corollaire de l'obéissance à l'autre, sera passible de sanction. Ainsi, par exemple, si l'on exige qu'un enfant manifeste SPONTANEMENT un sentiment bien déterminé (qu'il n'éprouve pas) à telle ou telle personne de sa famille.

b) que la perturbation réalise un choc brutal ou un lent travail de termites, elle entraîne, en contrecoup, un véritable débridement de forces centrifuges souvent anarchiques, d'intensité plus ou moins grande, dont tous et chacun sont à la fois émetteurs et récepteurs à des degrés divers.

c) l'adaptation de l'organisme familial à ce "stress" peut se faire de trois manières :

- soit un équilibre parvient à être atteint, grâce aux processus régulateurs décrits par Ackerman,

- soit, à l'opposé, l'organisme familial dynamité se dissocie ou sombre dans une sorte de marasme collectif,

- Un compromis est enfin possible qui peut maintenir longtemps en deçà du drame l'homéostasie familiale ; et il semble utile d'insister sur cet aspect fréquemment rencontré. C'est souvent après des années d'un pseudo-équilibre que la famille conduit chez le psychiatre, l'un de ses membres, qui est comme le "symptôme" de sa pathologie collective, celui (parent ou enfant) qui a dû être sacrifié pour que soit maintenue l'homéostasie familiale. Il est souvent bien difficile de saisir le motif de son élection ; mais, au delà de sa morbidité individuelle, on devine aisément une maladie générale de l'adaptation familiale.

Mais que représente donc pour "les siens" le malade qu'ils déclarent tel ?

Au lieu de se convulser de querelles intestines, l'organisme familial peut se crever le flanc d'un émonctoire. Il rejette par là, "son malade" chargé d'aller semer bien loin (dans le désert asilaire !

pourquoi pas ?) le fardeau dont il est lourd. Il est le bouc émissaire de la pathologie collective qui cristallise sur lui toutes les forces de répulsion de la famille et sur lequel chacun peut projeter son angoisse, sa culpabilité et son agressivité (tel est le cas de Benoît J. et Eric H. par exemple).

Parfois, la famille a besoin, non de se "purger", mais de dévorer. Il lui faut une proie pour combler son oralité et user les crocs de son sadisme. Cronos avalait ses enfants, de peur qu'ils ne le détrônent ; cette conduite est souvent la seule ressource d'une famille hantée de fantasmes de destruction. Ou encore, il faut s'incorporer la force virile d'une victime pour venir au secours d'une énergie vacillante (Gustave L. Bernard F ; devaient être détruits par leur mère pour que les autres puissent coexister en paix).

Dans l'un et l'autre cas, la famille communie dans l'expulsion ou l'oralité ; le lui interdire serait la dilacérer gravement ; et c'est ce que l'on observe souvent, lorsqu'on parvient à améliorer l'état psychique du "malade officiel" et qu'on assiste à la décompensation de ses proches.

Ceci représente évidemment, un cas extrême ; mais il est hors de notre propos de dresser un annuaire des formes atténuées et complexes que peut revêtir cette maladie de l'adaptation familiale.

4/ J. Hochmann, (X) à la suite des auteurs précités, se propose de caractériser "ces familles pathologiques qui produisent et entretiennent avec une telle énergie des comportements déviants dans un ou plusieurs de leurs membres".

"Sans craindre le paradoxe, écrit-il, on pourrait dire qu'il s'agit de familles à la fois très solides et très fragiles."

- solides :-"parce que leurs relations sont réglées avec une rigidité extrême" ;

- Parce qu'elles "entretiennent un mythe

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

d'unité fusionnelle" qui n'est qu'un masque rassurant ;

- fragiles : - d'une part, c'est l'intuition de leur extrême fragilité originelle qui les conduit à obsessionnaliser à ce point le réseau relationnel ; cette fragilité peut être liée à bien des causes...

- d'autre part, on remarque "la fragilité de ces familles et leur incapacité totale à s'adapter au changement".

Nous concluons à l'extrême complexité des dynamismes familiaux qui ne se laissent totalement cerner, ni dans leur normalité, ni dans leur pathologie (mais l'un et l'autre peuvent-ils même être distingués avec certitude ?)

Ackerman reproche à la psychanalyse de se borner à une étude "rétrospective de la maladie mentale" et il propose de dépasser le dogmatisme freudien, pour appliquer ses méthodes à une étude plus extensive dans l'espace et dans le temps de la dynamique des problèmes personnels et familiaux. Dans cette optique, et sans grand souci d'orthodoxie, nous allons donc essayer de débrouiller certaines des inter-relations familiales, évoquées ici, et en particulier, de situer les rapports entre collatéraux.

4 - Regard analytique

Toutes les tendances instinctives de l'homme peuvent, selon Freud, être groupées sous deux rubriques :

- les tendances narcissiques qui culminent dans l'"état dans lequel la libido et l'intérêt du moi vivent unis, inséparables dans le moi se suffisant à lui-même".

- les tendances sexuelles, "seules fonctions de l'organisme vivant qui dépassent l'individu et assurent son rattachement à l'espèce" et qui représentent un investissement libidinal sur un "objet" autre que le moi, soit, en général, une personne de l'autre sexe.

Ces tendances sont, en quelque sorte, le moteur qui permet à la personnalité de se structurer et d'évoluer ; elles s'exercent essentiellement, pour l'enfant, au sein du milieu familial. Or Freud limite habituellement celui-ci à trois protagonistes : le père, la mère et l'enfant ; il ne parle que très rarement des relations entre collatéraux. Nous citerons, ici, la quasi-totalité des allusions qu'il fait à la question, et force est de reconnaître qu'elles sont peu nombreuses en regard de l'oeuvre immense de cet auteur. Ses disciples les plus orthodoxes ne sont guère plus bavards à ce sujet, dans leurs traités fondamentaux. Il ne semble pourtant pas que ce silence relatif soit une manière de reléguer à l'arrière plan les **interactions** entre frères et soeurs, mais plutôt, qu'il traduise leur souci essentiel d'étudier une relation à trois, ou mieux, une relation à deux "vécue" par un troisième, ou "vécue" avec l'intrusion éventuelle d'un troisième. Ils proposent ainsi un schéma relationnel, qui peut clarifier l'étude des rapports interhumains plus complexes qui, eux, échappent à la systématisation. Il est, de fait, extrêmement difficile de définir la relation fraternelle comme une entité ; les cas particuliers sont la règle, et nous nous bornerons à tenter de souligner certains de ses aspects fondamentaux.

I - Il semble que l'on puisse schématiser grossièrement ce qui se passe normalement dans une famille non pathologique.

Il est nécessaire pour l'enfant que ses tendances vitales puissent

être satisfaites, mais aussi que les inévitables frustrations qu'il subit dans leurs domaines soient des moyens d'évolution et de structuration personnelle.

.A. La mère, puis le reste de l'entourage familial comblent son besoin narcissique s'ils lui fournissent -comme dit Hesnard (24a)- "l'aliment psychique qu'est la tendresse". Cet auteur ajoute : "l'être humain naît dans la tendresse parentale, s'y développe comme dans un milieu naturel ; cet enveloppement affectif, aussi nécessaire à la vie intégrale que la nourriture à l'équilibre nutritif élémentaire, accompagne l'enfant grandissant jusqu'à sa métamorphose pubérale".

Or, ceci implique avant tout que l'enfant soit réellement accepté par les siens, autrement dit, que ces derniers soient capables d'établir un lien intersubjectif véritable (avec sa composante oblatrice), mais aussi que cette acceptation soit inconditionnelle, positive, et relativement aisée, c'est à dire dépourvue d'angoisse.

Dans un tel contexte, les frustrations narcissiques sont pour-tant inévitables ; elles permettent même un indispensable apprentissage de la vie. Parmi elles, la naissance d'un puîné, qui amène selon Bastide, "le complexe de l'intrusion", peut être chez un très jeune enfant, un douloureux événement. (Alors qu'un enfant plus âgé peut -par identification à ses parents- y trouver un élément solide de valorisation narcissique.) F. Dolto-Marette (13) insiste d'ailleurs sur la nécessité de gratifier le très jeune aîné en lui montrant l'intérêt accru que prend sa petite personne, lorsque - du fait de l'existence d'un cadet - il devient grand. De toutes façons, la présence d'un collatéral, plus jeune ou plus âgé, qui implique un certain partage, comporte une composante pénible narcissiquement ; une rivalité fraternelle, consécutive à une telle frustration n'est pas à elle seule pathogène ; plus ou moins violente ou larvée, elle est de ces phénomènes sans danger, s'ils ne dépassent pas le seuil de tolérance de l'individu et si l'affection parentale aide à la sublimation du conflit.

Cependant, même sur le plan narcissique, la présence d'un collatéral peut être extrêmement gratifiante. L'enfant peut se retrouver en son

frère, miroir de sa propre image, complément ou courtisan, fruit de ses rêves complaisants, guère différent du "petit frère imaginaire" dont maints enfants solitaires peuplent leurs fantasmes. Ce collatéral peut ne représenter pour lui qu'une excroissance sans danger de son moi, dépourvue d'objectivité.

.B. Quant aux premiers investissements objectifs de l'enfant, ils suivent, selon Freud, une évolution assez stéréotypée, lorsqu'au delà des relations à la mère seule, ils se situent au sein de la relation triangulaire par laquelle se réalise le complexe d'Oedipe : amour du parent de sexe opposé, rivalité agressive avec l'autre parent auquel l'enfant s'identifie finalement.

Or Freud admet que "le complexe, en s'élargissant devient le complexe familial, lorsque la famille s'accroît par la naissance d'autres enfants" ; c'est à dire qu'il peut y avoir, au sein d'une fratrie, des investissements érotiques, des rivalités, des identifications. Selon Jones, "Tous les membres du groupe familial, depuis le frère, jusqu'au grand-père, depuis le neveu, jusqu'à la vieille tante, sont autant de substitutions à l'image de la trinité originelle qui se compose du père, de la mère et de l'enfant" (26).

Ainsi, sans les détailler, les analystes estiment-ils normal de voir apparaître entre les collatéraux :

- Des fixations érotiques : "le garçon eut reporter sur la soeur l'amour qu'il avait éprouvé auparavant pour la mère, dont l'infidélité l'a si profondément froissé" au moment de la naissance de cette dernière. "La petite fille substitue son frère plus âgé à son père qui ne lui témoigne plus la même tendresse que jadis, ou bien, elle substitue sa plus jeune soeur à l'enfant qu'elle avait en vain souhaité du père" (17).

- Des rivalités, soit pour la conquête du parent du sexe opposé, soit pour celle d'un collatéral ; ainsi, selon Freud, "dès la nursery, on voit naître, entre plusieurs frères s'empressant autour de la jeune soeur, ces situations d'une hostile rivalité qui jouent un si

grand rôle dans la vie ultérieure". Mais on peut aussi observer "la communion de tous les frères, au stade oedipien, dans la lutte contre le père, où se fait l'apprentissage de la solidarité sociale" (3a). Ceci reproduit l'histoire de la horde primitive (19).

- Il existe aussi "des identifications fréquentes d'enfant à enfant ; le sens et l'importance de l'identification variant considérablement d'après le sexe et l'âge. Elle est souvent déterminée par une préférence des parents" (24).

De toutes façons, il semble indispensable que ce complexe familial puisse s'établir sans trop de heurts et soit orienté selon le sexe de l'enfant, mais aussi qu'il parvienne à se résoudre, c'est à dire que le sujet parvienne à s'en libérer tout en l'intégrant de façon structurante.

II - Or la pathologie nous met fréquemment en présence d'individus qui n'ont pu trouver dans leur milieu familial les satisfactions narcissiques ou les possibilités d'investissement libidinal nécessaires à leur épanouissement.

.A. Aux besoins narcissiques d'un enfant ne correspond pas toujours, en effet, l'acceptation tendre et sécurisante de ses parents :

- A l'extrême, il est des adultes pathologiquement narcissiques, qui cherchent avant tout à garantir leur propre intégrité fermée et exclusive, en évitant farouchement toute effraction par l'autre ; ils peuvent, à la rigueur, établir une relation objectale possessive, qui "subordonne les objets à la libido" mais n'est en fait qu'une distorsion égocentrique du lien interhumain. Que leur attitude face à l'enfant s'exprime par un rejet patent, de l'indifférence ou une hyperprotection captatrice, castratrice ou dévorante, elle signifie un même refus de l'autre, qui réalise pour celui qui en est l'objet l'une des plus redoutables frustrations.

- Si un rejet aussi radical est relativement peu fréquent, l'on voit plutôt des parents ambivalents, qui acceptent tout en

refusant, et, anxieux de cette contradiction, sont "toujours à la recherche d'une distance appropriée" comme le note Delay (II) à propos des parents de schizophrènes.

- Or, il est habituel que tous les enfants d'une fratrie ne subissent pas de la même façon cette perturbation parentale ; et nous allons essayer de le montrer à travers quelques cas d'observation fréquente :

a)- Une mère indifférente ou "absente" est pathogène par défaut, elle rejette surtout par son incapacité à accueillir ou protéger ; on peut voir se dresser un pôle paternel écrasant, renforcé par une partie des enfants, et qui s'élève contre celui qu'elle préfère en silence, sans réelle affection, et dans une totale impuissance ; et ceci peut induire un conflit fraternel, évoluant ensuite pour son propre compte. A l'opposé, des enfants sevrés de présence maternelle affective, peuvent se rassurer en leur tendresse mutuelle et frapper par l'intensité sans orage de leur cohésion fraternelle (cas de Nicole C.)

b)- Une mère très possessive, qui a besoin de trouver un prolongement valorisant à son "moi", peut chercher à fixer à elle l'un de ses enfants, en lui interdisant toute autonomie, en le protégeant à l'excès, par une sollicitude écrasante, tout en le dépouillant avec une anxieuse avidité. Or, on peut la voir traiter ainsi l'aîné de ses enfants (et le plus souvent de ses fils) puis, satisfaite d'en avoir fait sa chose, s'incruster dans cette situation et adopter une attitude moins lourde à l'égard des enfants suivants. Elle castre l'aîné et peut épargner les cadets ; (elle a pour fils un Gustave L. ou un Bernard F. ...) Mais elle peut, à l'opposé, adopter cette attitude possessive à l'égard de chacun des enfants successivement ; le jeune aîné brutalement délaissé pour son cadet risque fort, d'ailleurs, de vivre d'autant plus douloureusement cette éviction que la sollicitude maternelle avait été excessive antérieurement. Quant au benjamin de la famille, il peut avoir le privilège d'hériter et de la jalousie de ses aînés successivement éliminés et de l'accaparement maternel persistant.

c)- Une mère rejetante et sadique peut parfois épuiser sa hargne sur l'un de ses enfants. Il lui suffit d'un mauvais objet (le bouc émissaire dont nous avons parlé) ; ce peut être le premier venu : l'aîné, ou un tardillon non désiré, ou... cette "Tête à claques" du milieu qui ressemble à son père ou qui met les doigts dans son nez. Ainsi Patrick A., rejeté massivement par sa jeune mère en avait conçu une jalousie farouche vis à vis de son cadet mieux aimé.

d)- Un père indifférent, veule ou absent peut favoriser l'accaparement maternel et, partant, les phénomènes précités.

e)- Un père rejetant ou écrasant peut vivre un interminable conflit avec l'aîné qui est la principale menace à son autorité et sert de bouclier à ses cadets, ou avec le plus jeune qu'il est aisé de dominer avec l'aide de ses aînés.

f)- Un père narcissique peut avoir besoin d'un "alter ego" ; c'est ainsi que l'on voit le père de Marc D. faire des efforts considérables pour le modeler à son image ; puis, rebuté par son refus irréductible, reporter ses ambitions sur sa seconde fille.

Dans tous ces cas où des parents franchement pathologiques utilisent un de leurs enfants ou certains d'entre eux ou même tous pour satisfaire leur incomplétude morbide, il semble que les victimes d'un tel comportement le payent par une blessure narcissique grave ; et quelles que soient les modifications de la relation fraternelle qui peuvent en résulter, la place d'un enfant dans sa fratrie peut être un facteur déterminant de sa regrettable élection.

.B. Des difficultés dans l'établissement du "complexe familial" peuvent aussi se rencontrer ; et là encore, la composition de la fratrie peut jouer un rôle capital.

- Le collatéral peut être un objet d'amour ; en général, lorsqu'un ou deux parents sont absents physiquement ou psychologiquement. Si cette tendresse, dite incestueuse, est souvent nette et peut suppléer à une carence parentale, elle peut aussi évoluer de façon

pathologique, comme dans la situation oedipienne typique. Il se peut que cette fixation affective réalise une béatitude statique à laquelle rien ne s'oppose et qui ne permet pas à l'enfant d'évoluer (cas de Joëlle E.) Il arrive qu'à l'inverse, une rivalité trop violente interdise l'accès de l'objet d'amour (Adèle I.) ; ou encore, que le collatéral aimé soit pathologique et réponde de façon inadéquate aux avances de son frère ou de sa soeur.

- Le collatéral peut être un rival, et, en même temps un objet d'identification. Là encore, multiples peuvent être les suppléances à un parent défaillant et les difficultés :

a)- "Un cas fréquent, écrit Hesnard, est celui de l'enfant plus âgé qui, jaloux de l'intérêt que portent les parents, et plus fréquemment la mère, à un petit frère ou une petite soeur, s'identifie de façon frappante avec le petit : un enfant déjà grand exige, par exemple, d'avoir un biberon, se couche dans le berceau du petit, réclame un lavement si on en donne un au petit, tente, en se comportant comme lui, de regagner l'intérêt des parents qu'il estime avoir perdu" (24) (cas de Gilles G.).

b)- Il se peut aussi que l'enfant soit écrasé par le nombre de ses rivaux, et, incapable de trouver parmi eux un objet d'identification satisfaisant, il peut se délabrer, -sans avoir jamais pu se construire- et traîner toute sa vie une rivalité stérile (plusieurs observations nous l'ont précédemment montré).

III - "La place occupée par un enfant dans une famille composée de plusieurs enfants, écrit Freud, a une grande importance pour la conformation de sa vie ultérieure et il devrait en être tenu compte dans toute biographie."

- A propos de l'aîné, P. Cahn (8) note :

. "Dans les fratries de deux enfants, la jalousie de l'aîné s'avère d'autant plus opiniâtre qu'elle ne rencontre aucun dérivatif(...) la présence du Frère ne manque jamais d'agir sur l'aîné(e), soit qu'elle suscite en lui des perturbations affectives et comportementales, soit, -au contraire- qu'elle lui fournisse une occasion de s'affirmer, voire

de libérer une agressivité latente".

. " Dans les familles nombreuses, les suites de frustrations successives subies par l'aîné ne s'accumulent pas ; bien au contraire, la répétition de cette situation traumatisante en amenuise en quelque sorte l'effet. De plus, la possibilité offerte à l'aîné d'une gamme plus variée de relations sociales, réduit la tension et l'ambivalence dont les rapports bilatéraux aîné-second étaient empreints".

- A propos du benjamin, P. Cahn signale qu'à mesure que la fratrie s'accroît, nous assistons à un renversement des situations quant au sentiment de frustration. Progressivement, il diminue jusqu'à disparaître chez les aînés ; le benjamin en revanche, constamment hanté par la crainte d'être lésé par rapport aux aînés, mène une lutte parfois acharnée pour se placer sur un pied d'égalité avec les "grands" ou même, en vertu d'un mécanisme de compensation bien connu, pour l'emporter sur eux".

En fait, beaucoup d'auteur admettent que la place de benjamin est souvent riche en gratifications. Et l'analyse des cas individuels montre qu'il est impossible de généraliser.

- "Les enfants de rang intermédiaire, écrit Porot (42), bien qu'ils soient à la fois aînés et cadets vis à vis de ceux qui les suivent et les précèdent, échappent en partie aux risques affectifs des premiers comme des derniers. Ces deux risques semblent se neutraliser. Le vrai danger, pour eux, serait précisément de laisser cette neutralité s'étendre jusque sur le plan de leur personnalité propre (...) le rôle de l'enfant médian est parfois délicat dans les familles où il y a un nombre impair d'enfants."

IV - Nous insisterons sur l'importance des interactions fraternelles.

.A. L'intensité de la relation fraternelle affectueuse, agressive ou ambivalente semble inversement proportionnelle à l'importance du lien parent-enfant ; (et ceci essentiellement lorsque les rapports avec les parents sont perturbés), elle peut s'hypertrophier dans

certains cas :

- ceci peut être dû à des conditions sociologiques, ainsi aux Etats-Unis, l'effacement des parents induit l'intensification des relations collatérales ; nous l'avons vu.

- ceci peut être dû au décès des parents et l'on constate que des orphelins, même s'ils sont élevés séparément, tissent entre eux des liens -souvent fantasmatiques- particulièrement tenaces.

- ceci peut être induit par une attitude parentale pathologique dont les modalités diverses expriment un même rejet.

.B. Du point de vue chronologique, à l'origine, la relation aux parents est presque exclusive ; mais au fur et à mesure qu'elle perd son acuité, souvent à la faveur de déplacements sur les collatéraux, la relation fraterne se structure, elle acquiert son identité, son autonomie ; elle demeure, au cours de l'adolescence un terrain privilégié d'interactions. Au moment du mariage, Jung (27) note que le lien entre soeurs se relâche plus largement que le lien entre frères qui -primitivement moins fort- persiste, presque identique à lui-même, toute la vie. Chez l'adulte, ces inter-relations fraternelles font partie de l'actualité, bien plus que le rapport aux parents, déjà archaïque, dont elles perpétuent les éventuelles perturbations. Et si elles exigent -elles aussi- pour être comprises, un regard rétrospectif, nombreux sont les analystes qui constatent, avec Hesnard, que "les réactions du jeune adulte à ces substitutions de parents, dérivées de ses réactions infantiles, sont dans la règle moins graves que les réactions parentales, quoique du même sens général".

.C. Dans une famille névrotique, (et Leuba (32) en a donné de remarquables exemples, il y a trente ans) la structure familiale garde malgré ses distorsions une certaine cohérence, et les relations collatérales sont le plus souvent à l'image des relations conjugales des parents. Et l'on peut supposer que la perturbation majeure concerne, non tant les besoins narcissiques primitifs de chacun, que la déviation du complexe familial. Les enfants calquent entre eux le couple parental, si

souvent du type : femme frigide hypervirile- homme écrasé.

.D. Dans les familles de schizophrènes, les fonctions parentales sont souvent totalement dénaturées. Les parents, débordés par l'échec d'une vie conjugale fréquemment complètement inversée et angoissante, ne peuvent même pas répondre aux besoins narcissiques de leurs enfants. Ils utilisent leur progéniture comme un objet de compensation et ne bénéficient que de nouveaux échecs et d'une anxiété accrue.

Au sein de familles ainsi décapitées, les enfants peuvent n'établir de contacts véritables qu'entre eux et J. Pellet (41) constate que "souvent il y a formation d'un groupe interactionnel dont les parents se sentent et sont exclus".

Ces interactions, riches de toute la séméiologie familiale, permettent parfois d'en atténuer les effets. Cependant, chez les frères et soeurs de celui qui est "le schizophrène" Delay note différentes attitudes :

- "la soumission avec, sinon la maladie au terme de la croissance, du moins la névrose de caractère, l'échec professionnel ou conjugal.

- la réaction, avec soit opposition sous forme d'entrée dans une vie différente (...), soit sous forme de séparation avec les parents".

V - Nous nous proposons maintenant de reprendre ce qui vient d'être exposé d'un point de vue "économique", non seulement qualificatif mais aussi quantitatif, schématisé au travers d'une symbolique bidimensionnelle empruntée à Aristote (2). Celui-ci, dans son éthique, distingue formellement deux types d'amitiés :

- celle qui "repose sur l'égalité",
- celle qui "comporte un élément de supériorité, par exemple les sentiments d'un père à l'égard de son fils, ceux qui unissent généralement une personne plus âgée à une personne plus jeune."

Il définit ainsi ce que nous pourrions appeler relation horizontale et relation verticale, qui ont dans le cadre familial un dénominateur commun

qu'il appelle amitié. Ceci implique un investissement libidinal objectal et son dépassement dans l'intersubjectivité.

Si nous admettons que l'épanouissement affectif d'un enfant exige qu'il reçoive un certain "taux d'amour", il nous est possible de schématiser diverses modalités d'économies familiales.

- Un enfant unique connaît seulement la double relation verticale avec son père et avec sa mère, auxquels il est comme arri-mé d'une façon exclusive et directe, privé de tout contact horizontal. Il reçoit par cette voie et elle seule une certaine affection ; celle-ci peut être satisfaisante ou insuffisante pour lui. Seule existe cette alternative, qui est fonction

- du lien interparental,
- du lien de chaque parent avec l'enfant.

- Dans une famille plus vaste, chaque enfant a besoin de recevoir une certaine charge de tendresse, mais cette nécessité n'est pas identique au même moment pour chacun.

La relation de chacun avec ses parents semble prévalente, elle est donc le premier vecteur d'affection ; mais à cet état qui est celui de l'enfant unique, s'ajoutent d'autres éléments :

Il est difficile pour des parents d'investir chacun de leurs enfants de tout l'amour dont il aurait besoin, c'est ainsi que l'un des collatéraux peut être frustré "en valeur absolue", mais en plus être défavorisé par rapport à ses frères et soeurs ; l'impression -justifiée ou non- que l'un de ses pairs est plus aimé que lui peut, s'il est déjà insatisfait, devenir pour lui intolérable.

Ceci nous conduit à envisager la charge des premières relations horizontales qui en dérivent. L'enfant frustré risque de porter à son collatéral favorisé plus d'agressivité que d'amour et de recevoir la pareille en retour, ce qui ne peut qu'aggraver sa carence. Par contre, chez un enfant comblé affectivement, la composante de "jalousie" n'a guère de raison d'être, et il est probable que la relation collatérale sera surtout d'"amitié".

Déjà s'ébauche cette relation horizontale que l'on peut déduire par abstraction des relations filiales de chacun de ces égaux. Mais nous avons dit que l'égalité est ici une utopie, que les besoins diffèrent selon les individus, et, pour un même individu, selon son âge ; et voilà qu'il nous faut admettre dans la relation fraternelle un élément de verticalité qu'évoquait Aristote lorsqu'il écrivait que les frères "sont égaux, sauf dans la mesure où ils se trouvent être d'âge différent." et qu'il ajoutait : "s'il y a entre eux une trop grande différence d'âge, l'amitié fraternelle disparaît." C'est donc dans le cas de décalage important entre deux enfants que la chose est la plus nette. Nous voyons, ici, re-surgir la question des rôles d'aîné et de benjamin qui se situent verticalement l'un par rapport à l'autre.

Si l'attitude aimante ou hostile de l'aîné est liée à ce qu'il a, lui-même, reçu de ses parents, les sentiments dont il investit son benjamin (s'il est trop jeune pour être véritablement un rival) peuvent être assez indépendants de la relation qu'entretient ce dernier avec ses parents. Elle peut réaliser une gratification notable pour le cadet. On observe, et nous en avons cité des cas (Adèle I., Benoît J., Nicole C.), des suppléances -grâce à un aîné- à une carence affective parentale subie par un enfant plus jeune. Cependant, il semble exceptionnel qu'un fils ou une fille de parents pathologiques puisse jouer un rôle parental optimum vis à vis de son benjamin, même si l'un des parents est exclus du milieu familial (décès, divorce...)

Si nous avons considéré des cas extrêmes, pour définir deux directions de la relation fraternelle, on peut supposer que tout lien fraternel unit à des degrés divers ces deux composantes, comme le dit Watalawick (53). Or nous avons vu que la relation horizontale est elle-même fonction des liens verticaux qu'entretiennent avec de mêmes personnes (les parents, ici), ceux entre lesquels elle existe. Et l'on est conduit à envisager toutes les interactions familiales à la lumière du primat de la relation verticale qui trouve son prototype dans le lien parent-enfant. Il ne semble pas que ceci puisse être démenti par Zazzo(55) qui a longuement étudié l'une des situations les plus horizontales que

l'on puisse concevoir, celle des jumeaux, et qui a toujours constaté l'existence d'une dénivellation entre eux.

Si nous n'avons, jusqu'ici, parlé que d'investissement affectif descendant (ou horizontal) il nous faut dire un mot de sa réciproque. Il semble, en effet, que l'affection ascendante d'un enfant pour ses parents, d'un cadet pour son aîné soit souvent une sorte de réflexion de celle dont ceux-ci l'ont investi. Notons, dans le cadre de la fratrie que l'affection de l'un de ses benjamins pour un enfant peut être un précieux adjuvant pour sa personnalité en gestation.

VI - En somme :

1 - Il semble que l'attitude des parents face à chacun de leurs enfants est le facteur essentiel de leur complétude affective.

2 - C'est à partir de cette relation que se constitue le lien fraternel qui peut même la reproduire assez exactement. Plus la famille s'accroît, plus les rapports se compliquent ; les schémas freudiens, les systématisations diverses sont de plus en plus insuffisants ; sans doute les mécanismes fondamentaux demeurent-ils les mêmes, mais leurs effets se diluent, s'estompent, se fractionnent, ou encore se renforcent.

3 - L'économie familiale est dans son ensemble induite par l'attitude des parents face à leurs enfants, qu'on pourrait appeler leur "aptitude à les aimer" avec spontanéité et intelligence. Qu'une carence dans ce domaine se traduise à travers un refus des enfants dont on limite anxieusement le nombre au minimum, ou à travers un natalisme aveugle, elle demeure une carence pathogène pour les enfants.

4 - Ainsi donc, au sein d'une famille restreinte comme d'une famille nombreuse, cette inaptitude peut avoir de graves conséquences ; et si l'extension de la famille permet aux relations de s'étoffer, rien ne nous autorise à en conclure à un rapport arithmétique entre la morbidité et la taille de la fratrie (que n'affirment pas les statistiques) d'autant qu'il semble que des parents capables de "bien aimer" un enfant sauront en "aimer bien" plusieurs et réciproquement.

5 - Extension et Synthèse

I - Non, ce n'est pas une hypothèse pathogénique qui se dégage de cette étude. Certes, parmi des individus consanguins, la morbidité psychiatrique frappe tel ou tel ; on peut alors invoquer l'un des mécanismes que nous avons observés. Mais il serait abusif d'extrapoler d'une corrélation à une causalité. Reconnaître l'importance d'un facteur, c'est avant tout le mettre à sa place de "facteur". Ainsi, à propos d'un cas clinique,

- on peut affirmer que, dans une famille donnée, tel individu, à travers des conditions relationnelles du type décrit, est devenu un malade mental ;

- on peut présumer que les perturbations relationnelles constatées ont joué un grand rôle dans l'évolution et même dans la genèse de sa maladie ;

- mais on ne peut prétendre expliquer par là, exclusivement, le fait que cet individu ait besoin du psychiatre ;

- d'ailleurs, on ignore absolument pourquoi, dans des conditions très voisines, tel individu devient un pensionnaire d'asile, et tel autre un grand personnage ; pourquoi un "mal-aimé" se mue en chena-pan, et un autre en pionnier de réalisations sociales efficaces.

II - Cependant, au delà de la théorie, se dressent les possibilités d'utilisation thérapeutique de ces notions psychopathologiques familiales.

- d'une part, parce qu'il est illusoire de prétendre soigner isolément l'un des membres d'une famille très perturbée, si on le maintient dans son milieu, ou qu'on l'y replonge dès qu'il est amélioré ;

- d'autre part, parce que les différents aspects des problèmes familiaux que nous avons envisagés peuvent permettre divers abords thérapeutiques.

.A. Quelles sont donc les possibilités d'action sur l'ensemble d'une famille ?

- Particulièrement adaptées sont les psychothérapies en "case-work", telles que les pratiquent les anglo-saxons : une équipe assez polyvalente (médecins, psychologues, infirmières, assistantes sociales,...) prend en charge la totalité des membres d'une famille, qui sont, selon les besoins, répartis entre les divers thérapeutes, lesquels confrontent leurs résultats et synchronisent leur conduite.

- A côté de telles réalisations, il est possible, même dans le cadre des services hospitaliers et des consultations traditionnelles, d'envisager des traitements familiaux, ébauchés bien souvent lorsque les proches du malade viennent voir son médecin. On peut alors réaliser une véritable psychothérapie à minima, en parlant du "malade officiel", soit, ce qui est plus difficile à effectuer, aider les membres de la famille à prendre conscience de leurs propres perturbations ; ceux-ci peuvent, de ce fait, accepter de se soumettre personnellement à une thérapeutique (psychologique ou médicamenteuse).

- Soulignons aussi l'intérêt de l'observation et du traitement des malades à domicile. J. PELLET a pu ainsi obtenir une compréhension meilleure du malade, utiliser les interactions familiales qu'il voyait surgir sous ses yeux, mais aussi apporter aux proches (eux-mêmes souvent pathologiques) une aide psychologique d'autant plus acceptable qu'elle était tacite.

.B. Quant aux techniques psychothérapiques utilisées chez les différents malades mentaux, elles peuvent répondre aux divers aspects des problèmes familiaux évoqués :

- C'est ainsi que le psychodrame de MORENO (39) et ses dérivés manient en premier chef les questions de rôle dont le jeu scénique permet la reproduction spontanée, l'interprétation et partant, la réorientation.

- d'autres techniques de groupe, avec ou sans participation simultanée des membres d'une même famille (telles que les pratique,

par exemple, l'Institut de Palo Alto), peuvent aider à la résolution des difficultés dynamiques sociales, dont nous avons vu la fréquente acuité dans le groupuscule familial et l'influence fâcheuse sur le devenir de chacun ;

- l'analyse existentielle (daseinsanalyse de BINSWANGER & MINKOWSKI (37) joue sur les aspects phénoménologiques de l'histoire du patient que nous avons partiellement effleurés.

- les psychothérapies analytiques peuvent trouver un précieux impact au niveau des problèmes fraternels plus aisément exprimés et acceptés par les malades que leurs problèmes filiaux alors qu'ils ont, nous l'avons vu, une même signification générale.

De toutes façons, quelles que soient les modalités techniques utilisées, une connaissance sérieuse de la famille de ses malades, (collatéraux inclus) est souvent indispensable au psychiatre, s'il veut avoir une action thérapeutique heureuse, à la fois individuelle et collective.

III - Sans exclure aucune des hypothèses concernant l'origine des maladies mentales, nous insisterons sur le fait que l'individu conserve toute sa vie et ne modifie que difficilement le mode relationnel qu'il a eu coutume d'établir, au sein de sa fratrie et avec ses parents.

Si l'on admet, avec un auteur déjà cité (53), que toute relation stable doit avoir des éléments et de symétrie et de complémentarité, qui peuvent varier dans le temps, l'on sera conduit à noter :

- a - l'évolution normale de la relation parents-enfants

- pendant l'enfance, celle-ci est essentiellement verticale. Or l'asymétrie de ce lien peut s'établir sur le mode "dominant-dominé", "rejetant-rejeté", ou encore "bienfaiteur qui ne fait que donner"-"moins que rien qui ne fait que recevoir". Et nous avons là le prototype de toutes les dictatures et de tous les paternalismes.

A l'opposé, la relation Parent-enfant peut chercher à nier ou à inverser l'asymétrie, et adopter le type "parent-esclave"-"enfant roi" ou "étranger adulte"-"étranger enfant" ; et la relation se disloque, la per-

nalité ne peut se structurer qui est le fruit de l'anarchie.

- l'adolescence se bâtit souvent sur un compromis, et il est fréquent que le fils (ou la fille) revendique la symétrie, cependant que les parents veulent sauvegarder la verticalité absolue ; ou à l'inverse que l'adolescent souhaite de ses parents un appui que ceux-ci ne veulent plus lui donner.

A cette époque, d'inévitables remous traduisent le malaise ; affranchir son enfant, sans le rejeter, est sans doute l'un des moments les plus onéreux de la tendresse parentale, d'autant que la fréquente agressivité juvénile n'y incite guère. Or cette possibilité d'affranchir appartient aux parents seuls, et il semble que sa mise en oeuvre libre et désintéressée se situe au summum de l'amour parental.

- nous ne nous arrêterons pas à l'évocation de la relation qui se poursuit entre parents et fils ou filles adultes.

- b - Nous avons vu à quel point la relation fraternelle se déduit de la relation parent-enfant (dont elle peut d'ailleurs suivre, exagérer ou corriger les déviations ;) et combien il serait faux de la considérer comme strictement symétrique, en l'opposant, ainsi, à une relation filiale figée dans sa verticalité. Moins aigüe que cette dernière, elle en est comme la diffraction ; l'analogie avec ce phénomène physique, qui atteint une complexité croissante quand se multiplient les éléments rencontrés, peut aider à en saisir le caractère insaisissable...

- Etre frères et soeurs, c'est d'abord être enfants des mêmes parents, mais c'est l'être différemment dans l'espace et dans le temps. En une extrême proximité, le sentiment croissant d'une irréductible diversité est particulièrement percutant. L'enfant unique peut se sentir longtemps "centre du monde" ; celui qui a des collatéraux est unique parmi d'autres êtres uniques ; c'est un élément de réalité qui, souvent très bienfaisant, peut être lourd de conséquences si l'affection parentale n'aide pas à en accepter les inévitables frustrations.

- Etre frères et soeurs, c'est aussi être ensemble, déjà, du

monde de demain ; la relation fraternelle s'enrichit de perspectives, tandis que la relation filiale devient rétrospective ; et lorsque les parents se sont éteints, le lien fraternel, qui en porte l'empreinte, s'enracine en leur souvenir.

- Fondée dans la biologie, fruit d'une commune origine, la relation fraternelle ne peut, guère plus que la relation filiale, se renier. Affectueuse ou haineuse, elle ne peut être tout à fait oubliée (ou "scotomisée").

Il semble que dans la vie d'un adulte, ses frères et sœurs occupent une place à part, chargée de droits et de devoirs, de revendications ou de générosité, d'amertume ou de tendresse...

- Nous avons insisté sur la proximité qui existe entre la relation fraternelle et la relation parent-enfant, précisant que la complémentarité de celle-ci se retrouve en celle-là ; à l'exception sans doute de la possibilité qui n'appartient qu'aux parents d'affranchir leur enfant de son extrême dépendance originelle. Il semble presque impossible de trouver une relation fraternelle qui soit isolément pathologique, sans que la relation des enfants aux parents soit elle-même perturbée ; alors que dans une famille, la relation d'un parent à un enfant peut être anormale, tandis que les autres liens intra-familiaux demeurent (rarement, il est vrai) relativement satisfaisants.

- c - On constate donc que c'est l'amour parental qui finalement représente l'élément moteur des relations intra-familiales équilibrées, qui rend possibles et constructifs les liens collatéraux et permet à l'enfant de devenir , lui-même, un adulte libre et capable d'aimer.

Prétendre définir ou expliquer cet amour serait illusoire ; ceux qui essayent restent en cours de route, et lorsque Freud écrit : "C'est lui-même que l'enfant aime d'abord ; il n'apprend que plus tard à aimer les autres, à sacrifier à d'autres une partie de son Moi (...) c'est l'égoïsme qui lui enseigne l'amour ;" il évoque une période évolutive, mais ne va pas plus loin. "Tout s'explique par les mécanismes de l'amour, écrit Guittou, (22) sauf l'amour lui-même."

Pourtant, si insaisissable que soit cette notion, il est assez remarquable de voir des psychothérapeutes aussi divers et incontestés que Rosen (44), Nacht (40), ou Rogers (45) prôner une même attitude de bienveillance qu'ils estiment plus thérapeutique que toutes les subtilités techniques. Or cette relation, qui est tout le contraire d'une domination, est asymétrique, puisqu'inconditionnels sont l'accueil, la bienveillance, la "non-agressivité" qui entrent dans le rôle du thérapeute ; et ce rôle, on ne parvient pas à le définir autrement que comme celui de Bon-père, ou Bonne-mère, dans la mesure même où il vise à libérer le patient de sa maladie et de sa dépendance vis à vis du thérapeute.

o

o o

Il semble donc que tous les rapports interhumains (familiaux ou autres) portent le sceau d'une composante filio-parentale, qui, sans être exclusive, demeure prédominante ; celle-ci se profile, caricaturale, distordue ou refoulée, dans les circuits émotionnels morbides. Cependant que le reflet d'une relation Père-Fils exemplaire s'inscrit en filigrane dans les liens constructifs que tissent les êtres vraiment libres.

o o

o

CONCLUSIONS GENERALES

1) La notion de fratrie, si elle implique une consanguinité (plus ou moins définie), varie considérablement selon des normes culturelles et sociologiques.

2) Statistiquement, dans les fratries de deux, les aînés sont plus fréquemment des malades mentaux que les cadets, tandis que dans les fratries de quatre et plus, on observe un nivellement des risques morbides entre tous les collatéraux.

3) La clinique nous permet d'observer un très riche éventail de relations fraternelles normales ou pathologiques.

4) Des interprétations psychologiques diverses permettent de constater que la coalescence de différents phénomènes, consécutifs à la position d'un individu dans sa fratrie, peut avoir des conséquences importantes sur son devenir.

5) Il ne s'agit, cependant, pas de fonder sur ces constatations des hypothèses pathogéniques.

6) La relation fraternelle -comme toute relation interhumaine- dérive, de façon plus ou moins directe, de la relation Parent-Enfant.

Le Président de la Thèse :

Professeur P. GIRARD

VU et permis d'imprimer

LYON, le 10 janvier 1967

VU, le Doyen :

Professeur J.F. CIER

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université,

P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE.

- I - ACKERMAN (N.W.) The Psychodynamics of Family life ; Basic Books, Inc.
New York 1958 .
- 2 - ARISTOTE Ethique de Nicomaque ; Garnier-Flammarion .
- 3 - BASTIDE (R.) Sociologie des maladies mentales ; Flammarion Ed.
Paris 1965 .
- 3a - " " Sociologie et psychanalyse ; P.U.F. 1950 .
- 4 - BATESON (G), JACKSON (D), HALEY (J), WEAKLAND (J), Toward a Theory of
Schizophrenia ; (Behavioural science, Oct.1956, U.S.A.)
- 5 - BURGESS (W.) & LOCKE (H.J.) The Family ; American Book Compagny, 1950 .
- 6 - BURON (J.) Structure du couple parental et morbidité de la descendance ;
thèse Paris 1963 .
- 7 - Cahiers du test P.N. (N° 1, 2, 3, 4, 8) ; Centre de psychologie
appliquée, Département Ed. Paris .
- 8 - CAHN (P.) La relation fraternelle chez l'enfant ; P.U.F. Paris 1962 .
- 9 - CORMAN (L.) Psychopathologie de la rivalité fraternelle étudiée par le
test projectif P.N. (revue de Neuro-Psy. inf. 1962,
10, 3-4)
- 10 - DAVAL (R.) Traité de psychologie sociale ; Paris P.U.F. 1963-64 .
- 11 - DELAY (J.), DENIKER (P.), GREEN (A.) Le milieu familial des Schizo-
phrènes (Encéphale 46 n°3, 49 n°1, 51 n°1) .
- 12 - DESCOMBEY (J.) & ROQUEBRUNE (G.) L'enfant caractériel parmi ses frères
et soeurs (Enfance 1954 n° 4, 1956 n° 5) .

- 13 - DOLTO-MARETTE (F.) Hypothèse nouvelle concernant les réactions dites de jalousie à la naissance d'un puiné (Psyché 1947) .
- 14 - ERASME (D.) Eloge de la folie ; trad. Garnier-Flam.
- 15 - FERENCZI (S.) Thalassa, psychanalyse des origines de la vie sexuelle, Payot Ed.
- 16 - FLUGEL (J.C.) The psycho-analitic study of the family ; London 1956 .
- 17 - FREUD (S.) Essais de psychanalyse ; trad. Payot, 1948 .
- 18 - " " Introduction à la psychanalyse, trad. Payot 1936 .
- 19 - " " Totem et Tabou ; trad. Payot 1947 .
- 20 - " " Trois essais sur la théorie de la sexualité ; trad. N.R.F. 1923
- 21 - GRAYAL (L.) La famille des schizophrènes (Rev. du Prat 1965 n° 25) .
- 22 - GUITTON (J.) Ratisbonne, p. 88
- 23 - HENRY (J.) L'observation naturaliste des familles d'enfants psychotiques (La psychiatrie de l'enfant, vol. 4 n°1, P.U.F.)
- 24 - HESNARD (A.) Psychanalyse du lien interhumain ; Paris P.U.F. 1957 .
- 24a- " " " La sexologie, Payot Paris 1959 .
- 25 - JACKSON (D.) Family Homéostasis and Patient Change (current psychiatric thérapies, 1964 ; U.S.A.)
- 25a- " " The question of family homeostasis. Psychiat. Quart. Supp., 31 : 79-90, 1957

- 26 - JONES (H.E.) The influence of Family Constellation (Society for research in child development 1, 4, 1936) .
- 27 - JUNG (C.G.) L'homme à la découverte de son âme ; Payot Ed. 1963 .
- 28 - KLINEBERG (O.) Psychologie sociale, Paris P.U.F. 1963 .
- 29 - LACROIX (J.) Force et faiblesse de la famille ; 1948 .
- 30 - LAFORGUE (R.) La névrose familiale ; (revue franç. de Psychan. 1936) .
- 31 - LAMBERT (J.N.) Aspects de la civilisation à l'âge du fratriarcat ; Alger 1958 .
- 32 - LEUBA (J.) La famille névrotique et les névroses familiales (revue franç. de Psychan., 1936 .
- 33 - LEVI-STRAUSS (C.) Les structures élémentaires de parenté ; P.U.F. 1949 .
- 34 - MAUGO (G.) & RAUBAUD (P.) Le rang de l'enfant dans la famille (revue franç. de Psychan., 1951 .
- 35 - MEAD (G.H.) Mind, Self, and Society ; Chicago 1934 .
- 36 - MERLEAU-ONTY (M.) Phénoménologie de la perception ; Paris, N.R.F. 1945 .
- 37 - MINKOWSKI (E.) Phénoménologie et analyse existentielle en psychiatrie ; Evol. Psych. 1948 n° 4 .
- 38 - MONTAIGNE Essais (Garnier Ed. Paris 1878) .
- 39 - MORENO (J.L.) La psychothérapie de groupe (C.R. congrès mondial de psychiatrie de 1950 ; Hermann Ed. Paris, 1952) .
- 40 - NACHT (S.) La présence du psychanalyste, Paris, P.U.F. 1963 .

- 41 - PELLET (J.) Problèmes de Psychiatrie Familiale ; thèse Lyon, 1965 .
- 42 - POROT (M.) L'enfant et les relations familiales ; P.U.F. 1963 .
- 43 - RENARD (J.) Poil de carotte.
- 44 - Rosen (J.N.) L'analyse directe ; trad. P.U.F. Paris .
- 45 - ROGERS (C.R.) Psychothérapie non directive ; P.U.F.
- 46 - ROULLET (P.) Etude psychosociologique comparative de deux échantillons de malades hospitalisés ; thèse Paris, 1964 .
- 47 - SARTRE (J.P.) l'Etre et le Néant .
- 48 - SIRJAMAKI (J.) The American Family in the twentieth century ;
Harward University Press ; CAMBRIDGE 1953 .
- 49 - SLEYE (A.) Syndrôme produced by diverse nocuous agents;
Nature 32 p 138 ; 1936 .
- 50 - Sociologie comparée de la famille contemporaine ; Paris, C.N.R.S. 1955.
- 51 - SPITZ (A.) La première année de la vie de l'enfant ; P.U.F. 1963 .
- 52 - TOMAN (W.) Family constellation ; Springer Publisching Company, inc.
New York 1961 .
- 53 - WATZLAWICK (P.) An anthology of human communication (S.B.B. Palo Alto ;
California) .
- 54 - YOUNG (K.) An introductory Sociology ; New York 1934 .
- 55 - ZAZZO (R.) Les jumeaux, le couple, la personne ; thèse lettres,
Paris, 1958 tome II .

(X) certaines références, non répertoriées, se rapportent à des exposés oraux ou à des travaux en cours .

(certains ouvrages cités dans ce travail, mais qui n'ont pas de rapport direct avec les problèmes étudiés, sont répertoriés à leur place alphabétique, mais inscrits en retrait : p. ex. les Essais de MONTAIGNE.)

T A B L E

- - - - -

	Pages
Introduction	: 1
1° Partie - Problèmes de sociologie familiale, structures de fratries.	: 6
2° Partie - Place du malade dans sa fratrie,	
1° Ch. = Survol statistique général	: 10
2° Ch. = Statistiques de 2 services lyonnais	: 13
3° Partie - Présentation de 15 observations cliniques	: 27
4° Partie - Quelques variations sur le thème de la fratrie	: 77
1° Ch. = approche phénoménologique	: 78
2° Ch. = un aspect psychosociologique, le jeu des rôles	: 83
3° Ch. = perspectives psychodynamiques	: 89
4° Ch. = regard analytique	: 97
5° Ch. = extension et synthèse	: 110
Conclusions générales	: 116
Bibliographie	: 117

